Ein kasuistischer Beitrag
zur
operativen Therapie der Myome des Uterus.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 22. Februar 1890

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Martin Schweitzer

aus Berlin.

OPPONENTEN:

Hr. Dd. med. Georg Flatau.
- Cand. med. Joseph Diefenbach.
- Cand. med. Hermann Isaac.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Meiner Mutter.

Während alle Gynaekologen bezüglich der Indicationen der Entfernung von Eierstocksgeschwülsten als auch in dem zu wählenden Operationsverfahren übereinstimmen, so kann man das gleiche nicht für die Myome des Uterus behaupten. Ein Ovarialtumor rechtfertigt an und für sich, auch wenn er keine Beschwerden macht, schon die operative Entfernung, weil er über kurz oder lang doch das Leben der Patientin in irgend einer Weise bedroht. Anders jedoch verhält es sich mit den Fibromen der Gebärmutter. Dieselben sind sogenannte gutartige Geschwülste und dürfen in Anbetracht der Gefährlichkeit der Myomotomie nicht ihrer selbst, sondern nur ihrer Beschwerden wegen entfernt werden. Welcher Art die Beschwerden sein und welchen Grad sie erreichen müssen, um eine Operation zu veranlassen, darüber ist noch keine Einigkeit erzielt worden. Vielmehr werden die Anschauungen unter den Ärzten so lange wechseln, bis nicht in Bezug auf Prognose Übereinstimmung herrscht; denn von letzterer sind die Indicationen ganz besonders abhängig.

So stellt Schröder in seinem Lehrbuch an die Spitze des Kapitels „Myomotomie“ den Satz: „Die Indicationen zur Entfernung eines Myoms durch den Bauchschnitt sind völlig abhängig von der Prognose dieser Operation“; und auch Fritsch in seiner neuesten Arbeit über die Laparomyomotomie sagt: „Der Entschluss zur Operation wird leichter, je besser die Resultate sind“. Doch erleiden auch diese Sätze Einschränkungen, die Schröder auch selbst anerkannt hat. Die pathologische Bedeutung der Myome je nach Sitz, Grösse und Beschaffenheit der Geschwulst, ihrer Beziehung zur Nachbarschaft und dem Allgemeinbefinden der Kranken etc. ist eben eine so verschiedene, dass die Entscheidung nur für jeden einzelnen Fall getroffen werden kann.

Hierzu kommt noch, dass die Erfahrungen noch nicht zum Abschluss gediehen sind, wie weit die Prognose durch das eine oder das andere der einzuschlagenden Operationsmethoden beeinflusst wird.

Es sind also die Erfahrungen in Bezug auf die einzuschlagende Methode, auf Prognose und am allerwenigsten in Rücksicht auf die Indicationen noch keineswegs hinreichend klar-

gestellt. „Es kann also ein Bericht über verhältnismässig wenig Fälle eines einzelnen Operateur einen gewissen Wert beanspruchen.“ (Gusserow.) Diese Gründe waren für Gusserow massgebend, als er in den Charité-Annalen 1886 über 19 Fälle von Amputatio uteri wegen Myombildung berichtete. Er selbst sagte damals: „Die Zahl der Fälle an und für sich ist so klein, dass eigentlich für die Statistik kein Grund zur Veröffentlichung derselben gefunden werden kann. Der einzige ist der wie vor 20 Jahren bei der Ovariotomie.“

Im Folgenden soll nun über weitere 28 Fälle von Myomotomie, welche in den Jahren 1886 bis Juli 1889 in der Gynaekologischen Klinik der Kgl. Charité von Herrn Geheimrat Gusserow operiert worden sind, ausführlich berichtet werden. Dieselben werden vielleicht ein um so grösseres Interesse haben, als man aus ihnen ersehen kann, wie sich die Mortalität in dieser zweiten Serie verringert hat, und wie derselbe Operateur durch seine grössere Erfahrung in der operativen Entfernung der Myome allmählich immer bessere Resultate erzielt hat. Bevor ich die Krankengeschichten folgen lasse, will ich zunächst noch etwas ausführlicher auf die Indicationen zur Myomotomie und auf einige der übrigen therapeutischen Verfahren bei Myomen eingehen. Im Anschluss an die berichteten Fälle will ich dann noch einiges über das eingeschlagene operative Verfahren und die Mortalität der Operationsmethode im Verhältnis zu anderen sagen.

Vorher bleibt mir noch übrig, den Begriff der Myomotomie kurz zu definieren. Unter Myomotomie fasst man genau genommen 3 verschiedene Operationsverfahren zusammen:

1. Die Myomotomie im engeren Sinne; man versteht unter derselben die Entfernung eines gestielten subserösen Myoms mittelst des Bauchschnittes durch einfaches Abbinden des Stieles; die Technik ist also die gleiche wie bei der Ovariotomie.

2. Die Enucleatio per laparotomiam. Bei diesem Verfahren wird durch den Bauchschnitt die Geschwulst zugänglich gemacht, die Kapsel derselben gespalten; der Tumor stumpf entfernt, ohne jedoch die Uterushöhle selbst dabei zu eröffnen.

3. Die Amputatio uteri supravaginalis. Es ist dies jene Operation, durch welche nach Eröffnung der Bauchhöhle der Uterus etwa am inneren Muttermund abgetragen und entfernt wird; also die Uterus- und Cervicalhöhle eröffnet werden. Dies letztere ist von solch grosser Bedeutung für die Prognose, dass man diese Form der Myomexstirpation von den beiden vorhergehenden scharf trennen muss.

Die Indicationen zur operativen Entfernung der Myome sind folgende:

1. Andauernd schnelles Wachstum (cystische Entartung) und dadurch bedingte mechanische Beschwerden,
2. andauernde profuse Blutungen, die auf keine andere Weise zu stillen sind,
3. heftige Schmerzen,
4. freier Ascites, auch bei relativ geringen Beschwerden,
5. Indicatio vitalis bei Achsendrehung und Verjauchung.

Von diesen aufgestellten Indicationen verdienen der Schmerz und die Blutungen die meiste Beachtung, weil sie relativ am häufigsten zur Operation führen, als auch weil hier gerade viel subjektive Momente in Betracht kommen, welche es auch im einzelnen Falle recht schwierig machen, den geeigneten Zeitpunkt für ein operatives Verfahren zu bestimmen. In wie weit der Schmerz bei Myomen Anlass zur Operation werden kann, hat Gusserow in seinem Bericht in den Charité-Annalen ausführlich auseinandergesetzt, und verweise ich darauf. Die dort aufgestellten Sätze haben in neuerer Zeit immer mehr Anerkennung und Anhänger gefunden. Fast alle neueren Autoren betonen, wie schwer die soziale Lage solcher Patientinnen in die Wagschale fällt. Fritsch hat sogar die Arbeitsfähigkeit resp. Unfähigkeit als Indication aufgestellt. „Schwer ist es, sagt er, das Für und Wider bei einer armen Frau abzuwägen, bei der oft die Begriffe Leben und Arbeiten sich decken, bei einer armen Frau, welche oft zum Verhungern unglücklich wird, wenn Arbeitsunfähigkeit eintritt. In solchen Fällen entschliesst man sich vielleicht leichter, weil hier die Arbeitsfähigkeit wichtiger ist, weil der Einsatz, ein elendes Leben und Sterben, geringer erscheint gegenüber der Möglichkeit völliger Gesundheit.“ Das Loos unverheirateter Personen auch der höheren Stände, die sich ihren Lebensunterhalt selbständig erwerben müssen, wird geradezu trostlos, wenn sie fast alle 4 Wochen eine Reihe von Tagen ihren Beruf nicht ausüben können.

Löhlein z. B. berichtet über eine Schriftstellerin, die zu einer Radikaloperation nicht zu bewegen war und zehn Jahre hindurch gegen Blutungen und Schmerzen ankämpfte. Während sie todesmatt und wachsbleich dalag, musste sie sich mit der Erfindung, dem Aufbau und der Ausführung von Romanen zermartern; und sie musste viel und spannend schreiben, denn sie lebte davon, und die Konkurrenz war gross! Unter den 28 Fällen befinden sich als Unverheiratete eine Opernsängerin, 2 Gesellschafterinnen, eine Lehrerin, 3 Näherinnen, 3 Köchinnen etc., die

durch ihr Leiden arbeitsunfähig wurden und fast alle später ihren Beruf wieder aufnehmen konnten.

Gegen das Symptom „Schmerz und quälende Druckerscheinungen im Becken“ sind wir machtlos, und man soll den Kranken sofort operative Entfernung anraten, wobei man jedoch die Gefahr des Eingriffes nicht verschweigen darf.

Was die Blutung bei Myomen betrifft, so hat man besonders nach Hildebrandt in Königsberg das Ergotin innerlich und subcutan gebraucht. Diese Methode ist wegen ihrer angeblichen Ungefährlichkeit besonders von praktischen Ärzten sehr viel angewandt. Und es ist gewiss nicht zu leugnen, dass man damit gute Erfolge erzielen kann, aber auch nur kann. Münchmeyer z. B., der in der Leopold'schen Klinik eine ganze Reihe von Myomfällen mit Ergotin behandelt hat, bezeichnet diese Methode als eine umständliche und nur teilweise befriedigende. Lawson Tait hält eine Wirkung der medicamentösen Behandlung direkt für Mythe. Verschwunden ist, wie Gusserow in seinen klinischen Vorlesungen immer sich auszudrücken pflegt, bei dieser Behandlung noch kein Myom, wohl aber geboren und ausgestossen. Und gerade dieser letzte Umstand ist es, der nach Fritsch die Anwendung dieses Mittels als keineswegs gefahrlos erscheinen lässt. Fritsch sah in einer ganzen Reihe Fälle nach solchen Kuren Absterben von Myomen und teilweise Ausstossung in die Scheide, wo er, wie er selbst berichtet, bereute die Ergotinbehandlung versucht zu haben. „Sie ist durchaus keine ungefährliche Therapie, die wenigstens nicht schaden kann. Sie ist in manchen Fällen höchst gefährlich. Man sollte deshalb das Ergotin nur bei kleinen, zweifelsohne per vaginam zu enukleierenden Myomen anwenden.“ Bei grossen Myomen rät er jetzt dringend zur Operation. Wendet man es jedoch bei grossen Myomen an, so muss man bei Wehenschmerzen jedoch mit der Dosis heruntergehen, nicht noch kräftigere Dosen verordnen, „um die Ausstossung zu beschleunigen“.

Unter den 100 Myomotomieen, über die Hofmeier 1885 berichtet hat, musste 30mal wegen intensiver Blutung operiert werden, trotzdem die Patientinnen Jahre lang mit Ergotin und Auskratzungen behandelt waren. Auch unter den 28 nachfolgenden Fällen findet man eine ganze Anzahl Frauen, bei denen langandauernder Ergotingebrauch vollkommen nutzlos war. Solche von immerwährenden Blutungen gequälten Frauen haben ein sehr charakteristisches Aussehen, sie sind sehr anämisch, oft wachsbleich; ihr Blut ist wässerig und halb durchsichtig. Dabei entbehren sie jedoch nicht eines ziemlich starken Fettpolsters, weil

sie eben gezwungen sind, sich sehr ruhig zu verhalten und gleichsam ihrem Myom zu leben. Für die Operation sind dann natürlich solche Fälle sehr bedenklich und beeinträchtigen wesentlich die Prognose der Operation, andererseits wieder erheischt solch' Zustand dringende Hilfe und ist gleichsam Indicatio vitalis.

Dasselbe, was von der Ergotinbehandlung gilt, lässt sich auch ceteris paribus von der Therapie mit Soolbädern etc. sagen. Sie haben eben nur einen symptomatischen Wert. Verschwunden ist davon noch kein Myom. Gusserow behauptet direkt, dass, wenn man ein Myom diagnostiziert hat, und dasselbe durch Badekuren schwindet, es eben kein Myom war, sondern ein altes abgekapseltes parametritisches Exsudat. Welchen Einfluss Massage und Elektricität in der Behandlung der Myome haben werden, darüber sind die Erfahrungen noch nicht zum Abschluss gekommen.

Diesen mehr palliativen Behandlungsweisen stehen die eingreifenderen gegenüber. Münchmeyer teilt dieselben ganz passend in 2 Gruppen ein:

1. in solche, welche das Myom selbst angreifen. Hierzu sind zu rechnen:
   a) Myomotomie im engeren Sinne,
   b) Enucleatio per laparotomiam,
   c) Amputatio uteri supravaginalis,
   d) Enucleatio per vaginam,
   e) Exstirpatio uteri totalis per vaginam.

Die beiden letzteren Operationsmethoden können natürlich nur bei Myomen (bis höchstens Kindskopfgrösse nach Münchmeyer) in Betracht kommen, die eine bequeme Entfernung durch die Scheide ermöglichen.

2. in solche, welche auf Umwegen eine Veränderung im Wachstum der Geschwulst herbeizuführen suchen. Hierher gehört die Castration.

Wägt man die Vorteile und Nachteile dieser Verfahren gegen einander ab, so muss man entschieden zugestehen, dass, wenn die Ausschälung von der Scheide oder von der Bauchhöhle aus in allen Fällen bleibenden Erfolg hätte, diese Operationen den Vorzug vor allen anderen verdienen müssten, da sie der Frau den Uterus und dadurch die Möglichkeit zu konzipieren lassen. Die Ausschälung bietet aber diese Sicherheit nicht, abgesehen davon, dass sie auch ziemlich gefährlich ist.

Gestielte submucöse Myome, sogenannte fibröse Polypen, sind natürlich per vaginam sehr leicht und gefahrlos zu entfernen. Ganz anders jedoch verhält es sich mit den breitbasigen submucösen Myomen. Mit den Versuchen, diese durch die Scheide

zu entfernen, hat man recht schlechte Erfahrungen (cfr. Fall XVI) gemacht:

1. wegen der entstehenden Blutung, der man oft nur sehr schwer Herr werden kann, 2. wegen des Zurückbleibens von Resten der Geschwulst, die leicht verjauchen und septische Peritonitis machen, oder von anderen Myomkeimen, die sich dann weiter entwickeln und neue Beschwerden verursachen können, 3. wegen der grossen, fetzigen Wundhöhle, die dadurch entsteht und leicht Anlass zur septischen Infection geben kann.

Daher wird in den Fällen von Myomen, wo der Uterus mitsamt der Geschwulst noch durch die Scheide hindurchzubringen sind, die Totalexstirpation der Gebärmutter per vaginam das beste sein. Bei dieser Operation ist in neuester Zeit durch die Fortschritte der technischen Ausführung eine so geringe Mortalität erreicht worden wie bei der Castration. Leopold in Dresden hat unter 110 Fällen von Totalexstirpation 6 verloren d. i. eine Mortalität von 5,5 %, also fast die gleiche wie bei der Ovariotomie.

Die Castration bei Myomen überhaupt, mögen auch damit schöne Resultate erzielt sein, hat andererseits doch auch ihre grossen Bedenken. Gusserow fasst sie ungefähr in folgende 4 Punkte zusammen:

1. „Die Entfernung beider Ovarien ist oft recht schwierig oder gar unausführbar," bedingt durch Verwachsungen und Verschwartungen der Eierstöcke mit ihrer Umgebung.

2. „Die Mortalität ist zwar gering, aber im Vergleich zur Unsicherheit des Effektes immer noch hoch genug."

Gerade das Dogma, wenn ich mich so ausdrücken darf, auf welchem Hegars Castration bei Myomen basiert ist, dass nämlich mit der Menopause der Tumor aufhört zu wachsen oder sich gar verkleinert, ist in seiner Allgemeinheit ganz entschieden nicht richtig. Es giebt Fälle, wo das Myom erst Jahre lang nach der Menopause stärker zu wachsen begann oder gerade während derselben wuchs.

3. „Unter allen Umständen bleibt der Tumor zurück mit allen daraus entstehenden Beschwerden und Gefahren." Es ist, wie Gusserow immer in seinen klinischen Vorträgen sich auszudrücken pflegt, logisch unrichtig, das gesunde Organ fortzunehmen und das kranke stehen zu lassen.

4. „Die Methode ist unfähig Schmerzen zu beseitigen. Dieses Symptomes wegen darf also niemals die Castration gemacht werden." Selbst wenn sich auch Myome nach der Castration verkleinern, — ein Erfolg, der durchaus nicht mit

Sicherheit vorauszusehen ist —, so ist doch damit noch nicht bestimmt, ob auch die Beschwerden der Geschwulst verschwinden werden.

Da nun, wie wir gesehen haben, die Totalexstirpation des Uterus per vaginam keine wesentlich grössere Mortalität hat als die Castration, — beide Operationen aber denselben Nachteil haben, die Frauen sicher unfruchtbar zu machen —, so wird es, wie schon gesagt, bei kleinen Myomen immer zweckmässiger sein, das kranke Organ selbst anzugreifen und für immer zu entfernen, — denn dann kann man die Frauen sicher von ihrem Leiden befreien —, als sich die berechtigten Klagen der Frauen anzuhören, die sich einer gleich lebensgefährlichen Operation unterwarfen und dann keinen Erfolg sahen. Hierzu kommen noch 2 Momente, welche für die Totalexstirpation ins Gewicht fallen, 1. dass, wie Glaevecke (Archiv für Gynaekologie Bd. 35) behauptet, das Allgemeinbefinden der Frauen nach Totalexstirpation entschieden besser ist als nach der Castration. Gerade dieser Punkt wird noch in der operativen Gynaekologie eine grosse Rolle spielen und darf seine Bedeutung daher durchaus nicht unterschätzt werden.

2. dass durch die Totalexstirpation Bauchbrüche sicher vermieden werden.

Die Mehrzahl der zu operierenden Myome hat aber schon eine solche Grösse, dass nur noch die Enucleation per laparotomiam, die Amputatio uteri oder wieder die Castration in Betracht kommen kann.

Was die Frage der Castration bei grossen Myomen anbetrifft, so lässt sich aus dem vorhin gesagten ersehen, dass Geheimrat Gusserow kein Anhänger der Castration ist und sie nur für die Fälle aufspart, in welchen es sich um Bekämpfung von Blutungen handelt, diese aber noch bestimmt den Typus der Menstruation einhalten, und andere Verfahren sich als nutzlos erwiesen haben. Aber auch hier soll man es nach Gusserow stets der Kranken anheimstellen, ob sie nicht statt des unsicheren Effektes durch die Castration die sichere, wenn auch zweifelsohne gefährlichere Heilung durch die Amputat. ut. resp. Enucleatio p. lap. wählen will.

Wo die Ausschälung des Myoms aus der Uteruswand nach Eröffnung der Bauchhöhle möglich ist, verdient natürlich diese den Vorzug vor der Amputatio uteri. Doch ist bei den meisten grösseren Myomen die Ausschälung nicht möglich; Gusserow giebt dafür in den Charité-Annalen folgende 4 Punkte an, die ich mir erlauben will, kurz noch einmal zu wiederholen:

1. „Der Sitz der Geschwulst macht die Ausschälung oft unmöglich oder jedenfalls schwieriger als die Amputatio uteri."

2. „Die Geschwulst ist so gross, dass nach Ausschälung derselben ein grosser leerer Raum zurückbleibt — ein sogen. „toter Raum", wie ihn Mikulicz bezeichnet, aus welchem der Uterus kaum noch zurechtzuschneiden ist."

3. „Bei vielen Myomen ist die Ausschälung doch nur mit Eröffnung des Uteruscavum möglich, und dann ist die Gefahr, die der Amput. ut. anhaftet, ebenfalls bis zu einem gewissen Grade vorhanden" (cfr. Fall XVIII).

4. Endlich fand Gusserow im ganzen wenig grössere Myome des Uterus (cfr. Fälle V, XVIII, XX, XXI etc.), bei denen nicht noch ein oder mehrere kleine vorhanden waren. Diese auszuschälen ist zeitraubend und führt oft auch zur Eröffnung der Höhle; lässt man sie zurück, so ist die Kranke wieder neuen Gefahren und Beschwerden ausgesetzt.

Die Gusserowschen Grundsätze, denen ich hier im wesentlichen gefolgt bin, werden, wie er selbst sagt, um so eher Eingang in die Anschauungen der Ärzte finden, je geringer die Mortalität bei der Myomotomie, besonders aber der Amput. ut. wird. Die Besserung in den Resultaten hängt aber davon ab, dass sich Arzt und Kranke rechtzeitig zur Operation entschliessen und dieselbe nicht erst vornehmen lassen, wenn der Zustand der Kranken ein lebensgefährlicher geworden ist. — Gerade der letzte Punkt ist von wesentlicher Bedeutung, wie man auch aus den Krankengeschichten, die ich jetzt folgen lassen werde, ersehen wird. Ich werde deshalb bei der Besprechung der Complicationen noch einmal ausführlicher darauf zurückkommen müssen.

Was die Vorbereitungen zur Myomotomie und die Prinzipien der Nachbehandlung u. s. w. bei den nachfolgenden Fällen betrifft, so sind sie dieselben wie bei jeder Laparotomie, die auf der gynaekol. Klinik der Kgl. Charité ausgeführt wird. Es ist darüber ausführlich in den Charité-Annalen Bd. XIV von Herrn Stabsarzt Hensoldt berichtet worden, und verweise ich darauf. Die Operationen selbst wurden fast alle nach der Schröderschen Methode ausgeführt; der Uterusstumpf wurde prinzipiell versenkt.

Geheimrat Gusserow ist stets der Ansicht gewesen, dass die Methode ähnlich der Ovariotomie allmählich die allein herrschende werden wird; nur 4mal wurde das extraperitoneale Verfahren angewandt.

Zur Blutstillung ist teils der elastische Schlauch benutzt worden, teils wegen der manchmal durch denselben entstehenden Unbequemlichkeiten wieder auf das Péansche Verfahren zurückgegriffen worden, d. h. es wurde eine starke Péansche Nadel mit starkem Doppelfaden armiert am inneren Muttermund direkt von hinten nach vorn durchgestossen und mit dem Faden die eine Hälfte des unteren Uterinabschnittes seitlich umschnürt, dann wieder in das Öhr der Nadel ein Doppelfaden gelegt und dieser nun mit dem Zurückziehen derselben in denselben Stichkanal gebracht und die andere Uterushälfte umschnürt.

Bei 22 Amputationen des Uterus wurde 11mal die elastische Constriction (dabei 2 Todesfälle), 9mal das Péansche Verfahren (dabei ebenfalls 2 Todesfälle), 2mal partieenweise Unterbindung zur Blutstillung angewandt. Dass also, wie Hofmeier behauptet, die Mortalität durch die Anwendung des elast. Schlauches bedeutend herabgedrückt würde, lässt sich aus den vorliegenden Fällen nicht ersehen. Er berichtet nämlich, dass bei seinen 100 Fällen die Mortalität vor der elastischen Constriction (bei 22 Fällen) 45 % betrug, nach Anwendung derselben (bei 36 Fällen) nur 22 %.

Als Nähmaterial wurde Seide und in letzter Zeit mehr und mehr Sublimatcatgut angewandt. —

A. Myomotomieen und Enucleationen per laparotomiam.

I. Fall. Frau E. Eg., 47 Jahr alt. VIpara, letzte vor 13 Jahren. Periode regelmässig, 8 Tage dauernd.

Anamnese: Seit 5 Monaten leidet Pat. an sehr grossen Schmerzen im Unterleib, besonders heftig bei Bewegungen, Urinlassen und Stuhlgang. Mitte Oktober 1885 sucht Pat. deswegen die Anstalt auf. Therapie bestand zuerst in Sitzbädern, Ruhe, Laxantien und Vaginalausspülungen ohne jeden Erfolg.

Stat. praes.: Sehr fettreiche Bauchdecken; Portio hart, voluminös. Vom hinteren Scheidengewölbe aus ein harter Tumor, in den Uterus übergehend, fühlbar, der sich jedoch von den Beckenwandungen abgrenzen lässt; vom vorderen ein kleiner, ebenfalls mit dem Uterus zusammenhängender unregelmässiger glatter Tumor.

Klin. Diagnose: Myomata uteri subserosa.

Operation: 13. Febr. 1886. Dauer $^3/_4$ Stunde.

Durch Laparomyomotomie wurden 2 subseröse Myome und ein Dermoidkystom des rechten Ovariums entfernt.

Das eine Myom, das sich ins rechte Lig. lat. entwickelt

hatte, wurde nach Spaltung der festen Kapsel mit Mühe entfernt und sein Bett vernäht; ebenso die Dermoidkyste aus dem Cavum Douglasii, wo sie leicht verwachsen war, ausgeschält, der Stiel unterbunden, durchschnitten und versenkt; das andere an der linken Vorderkante sitzende, nussgrosse subseröse Myom wurde unterbunden und abgeschnürt. Intraperitoneale Stielbehandlung.

Anat. Diagnose: Myomata uteri subserosa, Kystoma dermoïdes ovarii dextr.

Verlauf: günstig, keine Temperaturerhöhungen, Puls gut. Die Bauchwunde, welche in ihren oberen Zweidrittel nicht per primam verklebt war, so dass Omentum zu Tage lag, heilte langsam unter Behandlung mit Vin. camphorat. Am 33. Tage p. op. entlassen.

Jan. 1887 sucht Pat. wieder die Charité mit allerlei unbestimmten Beschwerden auf; das Becken war von festen Exsudatmassen ausgegossen, vielleicht durch das Zurückbleiben von Seidensuturen bedingt.

Mai 1887 wurde bei Pat. eine entstandene Hernia linea alb. nach der Simonschen Methode operiert.

Herbst 1889. Pat. befindet sich vollkommen wohl. Der Bauchbruch hat sich jedoch seit $1^1/_2$ Jahr wiederhergestellt.

II. Fall. Frau H. Sch., 36 Jahre alt. 1para. Periode immer regelmässig, schmerzlos.

Anamnese: Die jetzige Erkrankung begann Pfingsten 1886 mit Schmerzen und Anschwellung des Leibes; seit Okt. 86 war sie bettlägerig und wurde zu Hause 3 mal punktiert. Ende Mai 87 liess sie sich auf die innere Klinik aufnehmen. Der Leibesumfang betrug damals 115 cm. Sie wurde damals mit Calomel behandelt und zweimal punktiert (2. VI. und 21. VI). Dabei wurden jedesmal 7—9 Liter einer klaren serösen Flüssigkeit abgelassen. Nach der ersten Punktion wurde ein Tumor in abdomine konstatiert und Pat. nach der gynaek. Abteilung verlegt.

Stat. praes.: Freier, ziemlich bedeutender Ascites ist sicher nachweisbar; dabei ist rechts unten eine derbe knollige, leicht verschiebliche Geschwulst. Nach aussen besteht eine gewisse Fixation an der Darmbeinschaufel. In der Mitte reicht die Geschwulstmasse bis in Nabelhöhe. Der Uterus lässt sich vorn in normaler Lage fühlen, hat mit dem Tumor eine strangartige Verbindung.

Klin. Diagnose: Tumor ovarii malignus, freier Ascites.

Operation: 30. Juni 1887. Dauer $1^1/_2$ Stunden. Nach Er-

öffnung der Bauchhöhle stürzte eine enorme Quantität klarer ascitischer Flüssigkeit heraus. Es erscheint ein Tumor von Kindskopfgrösse und höckriger Oberfläche. Nach unten hing derselbe durch einen kurzen, gut fingerstarken Stiel mit dem Fundus uteri zusammen. Der Stiel, doppelt unterbunden und durchschnitten, zeigt sich von fibröser Beschaffenheit. Ausgedehnte Verwachsungen waren noch mit dem rechten Lig. lat. und der Bauchwand in der Gegend der Cr. oss. ilei, links mit dem Colon asc. und dem Proc. vermif. Vorn und oben inseriert sich ein dicker Netzstrang, in dem prall gefüllte Venen verliefen. Alle Verwachsungen waren so fest, dass sie nicht stumpf gelöst werden konnten. Ihre Abtrennung, sehr schwierig und äusserst mühsam, verursachte bisweilen sehr bedeutende Blutungen. Schliesslich kam der Tumor ohne Darmverletzung heraus. Netzstränge u. s. w. wurden versenkt. Im ganzen waren ungewöhnlich viel Suturen nötig. Das Peritonaeum parietale, weniger viscerale war verdickt und von zahlreichen Hämorrhagieen durchsetzt.

Anat. Diagnose: Myoma uteri subserosum. Ascites.

Verlauf: Puls und Temperatur durchweg normal, die Bauchwunde war am 10. Tage vollständig per primam geheilt. Am 17. Tage steht Pat. auf.

Dieser Fall zeigt eine recht bemerkenswerte Thatsache. Offenbar ist durch die 5 vorhergehenden Punktionen die Bildung von Adhäsionen, welche die Operation so sehr erschwerten, veranlast worden. Daher wird auf der Gusserowschen Klinik die Explorativincision, nicht die Punktion grundsätzlich in allen Fällen von Ascites vorgenommen, für dessen Entstehung seitens anderer, als der Genitalorgane und des Bauchfells keine Anhaltspunkte vorliegen. Die kleine Incisionswunde ist unter antiseptischen Cautelen kein eingreifenderes Verfahren als die Punktion. Sie lässt ferner durch Inspection und direkte Palpation die Verhältnisse viel besser übersehen. Schliesslich kann man, wenn Operation erforderlich oder möglich erscheint, sofort dieselbe anschliessen.

III. Fall. Frau A. Dr., 33 Jahr. IVpara.

Anamnese: Seit 3—4 Jahren Schmerzen in der rechten Seite und unregelmässige Periode; ärztliche Behandlung, in Sitzbädern und Einreibungen bestehend, nützte nichts, weshalb Pat. die Kgl. Charité aufsuchte.

Stat. praes.: Blasse abgemagerte Frau. Im Abdomen über der Symphyse ein mannskopfgrosser Tumor von höckeriger Oberfläche. Rechts unten neben der Mittellinie ein prall-elast., birn-

förmiger Tumor, der den Uterus darstellt; am oberen Rand desselben eine Furche zwischen ihm und dem Tumor. Combinierte Untersuchung: Gleich hinter dem Introïtus fühlt man einen halbkugeligen, sehr beschränkt beweglichen Tumor, der das ganze Becken ausfüllt.

Klin. Diagnose: Myoma uteri subseros. permagn.

Operation: 3. Nov. 1887. Laparotomie und Enucleation eines kindskopfgrossen Myoms der hinteren Wand. Dauer: $1^1/_4$ Stunde. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich der Tumor mit der hinteren Blasenwand verwachsen, sonst die Verhältnisse, wie bei dem Befunde angegeben.

Unterhalb des Uterus wird ein Gummischlauch eingelegt und dann die Geschwulst von der hinteren Fläche des Uterus abgetrennt. Die Verbindung bestand aus lockerem Zellgewebe. Dann wird mit einer Reihe versenkter Catgutnähte die Wundhöhle vernäht; darüber das Peritonaeum ebenfalls mit Catgut vereinigt. Nach Lösung des Schlauches entsteht an mehreren Stellen eine nicht unbedeutende Blutung, welche durch mehrere noch zwischengelegte Catgut- und Seidensuturen gestillt wird.

Die Geschwulst erweist sich als durch und durch solides Fibrom.

Anat. Diagnose: Myoma uteri subseros. parietis post.

Verlauf: Die Bauchwunde heilt glatt per primam. Im Verlaufe der ersten 3 Wochen bildet sich im Douglasschen Raum ein eitrig-blutiges Exsudat, welches an einigen Tagen mit Temperaturerhöhung bis 39^0 verbunden war. Es wurde eine breite Incision und Drainage der Scheide gemacht. Durch Verlegung des Drainrohrs und der Incisionsöffnung mit Gerinnseln entsteht im Verlauf der 4. und 5. Woche noch 2 mal hohes Fieber (Temper. 41^0 C. Puls 152), welches aber sofort nach stumpfer Erweiterung der bestehenden Incision und tgl. Durchspülung schwindet, so dass Pat. am 6. XII. 87 geheilt entlassen werden kann.

IV. Fall. Frau A. R., 44 Jahr. III para.

Anamnese: Periode regelmässig. Seit Frühjahr 88 Anschwellung des Leibes, die Pat. jedoch nicht störte. Vor 3 Wochen trat unter Schmerzen plötzlich eine stärkere Anschwellung ein, weswegen sie am 1. XI. 88 die Charité aufsucht.

Stat. praes: Umfang des Abdomens: 111 cm; rechts ein Tumor von unregelmässiger Oberfläche, bis an den Nabel und Darmbeinschaufeln gehend; links ein gleicher nicht ganz so grosser Tumor. Oberhalb der Symphyse ein kleiner knolliger Tumor, welcher den Uterus darstellt.

Bei der comb. Untersuchung fühlt man vom hinteren Scheidengewölbe aus beide Tumoren, unter einander zusammenhängend im Douglas liegend. Consistenz: hart, ohne Fluctuation. Der Uterus hängt mit der Geschwulst durch einen mässig breiten Stiel zusammen.

Klin. Diagnose: gestieltes subseröses Myom.

Operation: 6. Nov. 88. Laparomyomotomie. Dauer $1^1/_2$ St. Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man, dass die obere Hälfte der hinteren Uteruswand durch einen 3 Finger breiten, 2 Finger dicken Stiel mit einer Geschwulst zusammenhängt, die aus 10 apfelsinengrossen Knollen bestand. Ein Teil dieser Knollen hatte das Aussehen von Cysten mit weissgrauer Wand, ein anderer Teil sah gelb aus. Rechts oben am Eingang zum kleinen Becken besteht eine etwa 12 cm lange Verwachsung mit einer Darmschlinge (Dünndarm) und eine weitere in der linken Hälfte des Douglas mit dessen Boden. Bei der Hervorwälzung des Tumor aus der Bauchhöhle entleerte sich aus den cystischen Räumen eine teils hellgelbe, klare, wässerige, teils graugelbe, trübe, teils stark hämorrhag. Flüssigkeit. Dann wird die stielartige Verbindung mit dem Uterus nach Einlegung von Suturen abgetragen. Die Ablösung des Tumor aus dem Douglasschen Raum und besonders vom Darm war sehr schwierig und veranlasste eine lebhafte Blutung. Ein Stück Tumorwand musste im Douglas zurückgelassen werden. Einnähung des Stielrestes in den unteren Winkel der Bauchwunde (extraperitoneal).

Anat. Diagnose: Myoma ut. cysticum partim adhaerens.

Verlauf: Am 9. Tage ist die Bauchwunde z. g. T. per primam verheilt; der Stumpf sehr tief zurückgezogen; die Sekretion mässig. Nach 5 Wochen wird Pat. mit einer 5 Pfg. grossen und 5 cm tiefen Fistel entlassen.

Am 5. Juni 89. sucht Pat. die Anstalt wieder auf, da die Fistel sich nur langsam verkleinert und dauernd geeitert hat. Auskratzung der Fistel und Ausspülung. Erweiterung derselben mit dem Tupelostift. Die Eiterung danach sehr gering. Am 19. VI. 89 gebessert entlassen.

V. Fall. Frau U., 32 Jahr. 0 partus, mehrere Abortus.

Anamnese: Seit 6 Jahren will Pat. das Entstehen einer Geschwulst im Leibe bemerkt haben. Im August vorigen Jahres wurde ein faustgrosses Myom daselbst konstatiert, welches von dieser Zeit an bis jetzt erheblich gewachsen ist und der Pat. bei Bewegungen Beschwerden macht.

Stat. praes: Das Abdomen aufgetrieben durch einen bis zum Nabel reichenden beweglichen Tumor von harter gleichmässiger

Konsistenz. Vom vorderen Scheidengewölbe aus ist seine runde untere Fläche zu fühlen; im Douglas fühlt man ebenfalls einen runden Tumor. Der Uterus liegt links unter dem ersten Tumor und ist durch breiten Stiel mit demselben verbunden.

Klin. Diagnose: Myomata uteri subserosa.

Operation: 6. Febr. 1889. Laparomyomotomie. Dauer 55 Minuten. Man sieht ein mannskopfgrosses, glattes Myom mit sehr reichlich entwickeltem Gefässnetz (bleistiftdicke Venen), dem Fundus gestielt aufsitzend. Ausser diesem finden sich noch 3 weitere subseröse Myome, 1. rechts ein kirschgrosses, dünn gestieltes, 2. links ein taubeneigrosses, etwas breiter gestielt, 3. subserös breitbasig an der hinteren Uteruswand ansitzend, ein gut apfelgrosses Myom, das weit nach unten in den Douglas hineinragt. Um den Stiel des grossen Tumor wird der Gummischlauch gelegt und die Geschwulst oberhalb desselben abgetragen bezw. aus dem Uterusgewebe sorgsam ausgelöst; der kirschgrosse Myomknoten wird ebenfalls entfernt. Die trichterförmige Wundfläche wird durch tiefe Seidensuturen in annähernd querer Richtung vereinigt, und der Schlauch abgenommen. Nach Abbinden des 2. Myoms wird das dritte stumpf aus der sehr dünnen Kapsel enukleiert, und das Bett der Geschwulst vernäht. Der Uterus wird dann versenkt und die Bauchhöhle geschlossen.

Verlauf: Temperatur und Puls stets normal. Am 8. Tage ist die Bauchwunde trocken, vollkommen per primam verklebt. Am Ende der 2. Woche entleert sich aus dem unteren Wundwinkel eine ziemliche Masse übelriechenden hämorrhagischen Eiters. Therapie: Bäder, Einführung von Jodoformstiften. Später wird in Narkose der Fistelgang ausgekratzt, wobei sich 2 seidene Fadenschlingen entleeren. In der 4. Woche wird Pat. mit einer gut granulierenden Fistel, aus der sich nur wenig reiner, gelber und geruchloser Eiter entleert, entlassen.

VI. Fall. Frau Kpp., 40 Jahr. VI para. Der nachfolgende Fall ist ausführlich in einer Dissertation von Lueb (Berlin. 1889. Retroflexio uteri gravidi partialis bedingt durch ein Myom) vor kurzem veröffentlicht, weshalb ich ihn hier nur kursorisch besprechen werde.

Über Anamnese vergl. obige Schrift.

Bei der ersten klinischen Vorstellung (8. Mai 89) wurde aus dem Befunde (cfr. Luebs Diss.) die Diagnose Retroflexio uteri gravidi partialis (5.—6. Monat) gestellt. Am 24. Mai gelang in Narkose die Reposition des Uterus. Es ergiebt sich dabei, dass links neben dem Uterus ein Tumor liegt, dessen Zusammenhang

mit dem Uterus sich nicht genau bestimmen lässt. Einlegen eines Ringes.

Am 27. V. 89 wurde Patientin nochmals klinisch vorgestellt; man kam zu folgender Diagnose: Graviditas uterina septem memsium. Tumor verisimile ovarialis.

Da die Frau vor ihrer Schwangerschaft von einer Geschwulst im Leibe nichts bemerkt hatte, wurde die Vermutung ausgesprochen, dass der Tumor während der Gravidität schnell gewachsen und deshalb wahrscheinlich ein Ovarialtumor sei. Ferner sprach die weiche Beschaffenheit mit Wahrscheinlichkeit gegen Myom. Lag aber ein Ovarialtumor vor, so war die Operation indiciert:

1. weil Ovarialtumoren entweder schon bösartig sind oder doch leicht es werden können;

2. weil dieselben besonders während der Gravidität rapide zu wachsen pflegen;

3. weil sie leicht eine Achsendrehung erleiden können.

Operation: 28. Mai 1889. Laparomyomotomie. Dauer: 55 Minuten. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich der Uterus dem 6.—7. Monat der Gravidität entsprechend, demselben links breit gestielt ansitzend ein mannskopfgrosses ödematös geschwollenes Myom. Der Tumor wird nach Spaltung der Kapsel ohne nennenswerte Blutung stumpf gelöst; das Bett der Geschwulst vernäht, der Uterus versenkt. Gewicht des Tumor: 3 Pfund. Verlauf: Um das Eintreten einer Fehlgeburt zu verhüten, wurden Opiate angewandt. In den ersten 2 Tagen nach der Operation kein Collaps, keine peritonitischen Erscheinungen, keine wehenartigen Schmerzen. Plötzlich am 1. Juni nachts $^1/_2$1 Uhr bekam die Operierte so starke Wehen, dass in kurzer Zeit ein sechsmonatlicher toter Foetus und bald darauf die Placenta ausgestossen wurden. Der Uterus kontrahierte sich gut und dauernd. In den nächsten Tagen stellten sich leichte peritonitische Symptome ein. Die Frau genas jedoch und konnte am 29. Juni als gesund aus der Charité entlassen werden.

B. Amputationes uteri supravaginales.

VII. Fall: Frau A. Sp. 51 Jahr. XI para.

Anamnese: 9 Monat nach der letzten Entbindung (1877) bekam Pat. unregelmässige Blutungen. In der Charité wurde damals ein Cancroïd der hinteren Muttermundslippe diagnosticiert, abgeschnitten und Ferrum candens appliciert. Blutungen bestanden aber in geringem Grade fort; seit einiger Zeit bemerkt Pat. Anschwellung und Stärkerwerden des Leibes.

Stat. praes: Über der Symphyse eine leicht verschiebbare, zu umgreifende Geschwulst, prall-elastisch, aus dem kleinen Becken kommend. Portio nicht vorhanden, an ihrer Stelle eine Narbe; Geschwulst vorn ziemlich tief vom Uterus abzugrenzen. Da durch den Tumor die Blutungen nicht erklärt werden, so wird Probecurettement vorgenommen. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt starke Hypertrophie der Drüsen der Mucosa; ein grosser Teil derselben ist vollgepfropft mit Epithelialzellen. Carcinom ist jedoch nicht mit Sicherheit zu erkennen.

Klin. Diagn.: Kystoma ovarii; Adenoma corporis uteri malignum.

Operation: 20. Febr. 1886. Dauer 1 Stunde. Nach Eröffnung der Bauchhöhle ergiesst sich etwa 250 g ascitischer Flüssigkeit. Ein mannskopfgrosses Kystom des linken Ovars, ohne Verwachsungen wird nach Punktion einiger grösserer Cysten, welche 2 Liter einer etwas milchigen, trüben, nicht foetid riechenden Flüssigkeit ergiebt, entfernt. Der Uterus vor dem Tumor, gross, glatt, ziemlich hart. Derselbe wird in typischer Weise supravaginal amputiert. Zur Blutstillung wurden zwei Hegarsche Nadeln durch das untere Uterinsegment gestossen und unterhalb der elastische Schlauch umgelegt. Cauterisation des Cervicalkanals mit Paquelins-Brenner. Intraperitoneale Stielbehandlung. Der Blutverlust gleich 0. Anat. Diagn. stimmt mit der klin. überein. Verlauf: Temp. und Puls stets normal. Die Wunde heilt in 11 Tagen per primam. In der 3. Woche gesund entlassen; Pat. zeigt jedoch noch grosse Macies.

VIII. Fall: Frl. Le. 35 Jahr. 0 partus, 0 abortus. Die jetzige Krankheit begann vor $6^1/_2$ Jahren mit profusen, z. Z. der Regel auftretenden Blutungen, durch welche Pat. sehr heruntergekommen ist. Tamponade, Ergotin innerlich und subcutan, Seebäder sind ohne jeden Erfolg angewendet worden.

Stat. praes.: Hautcolorit fahl, grau-gelb; dabei Panniculus gut entwickelt. Im Abdomen ein runder, schmerzloser, kindskopfgrosser Tumor, frei beweglich, aus dem kleinen Becken kommend. Der Tumor liegt in der vorderen Wand des Uterus und ist von ihr nicht abzugrenzen.

Klin. Diagn.: Myoma uteri interstit. pariet. ant.

Operation: 27. März 1886. Dauer: 40 Minuten. Die Amput. ut. wird in typischer Weise ausgeführt. Die Blutstillung geschieht mittelst des Péanschen Verfahrens. Cauterisation des Cervicalkanals mit Paquelin. Intraperitoneale Stumpfbehandlung. Beide Ovarien (cyst. entartet) und Tuben sind mit entfernt.

Anat. Diagn. stimmt mit der klin. überein.

Verlauf: Puls und Temp. stets normal. Die Bauchwunde heilt glatt, so dass Pat. am 23. Tage geheilt entlassen werden kann.

IX. Fall: Frl. M. Fr. 46 Jahr. 0 partus, 0 abortus.

Anamnese: Seit 8 Jahren leidet Pat. an atypischen, sehr häufigen Blutungen; seit 2 Jahren sind die Menses ausgeblieben und von da an stark übelriechender Fluor und Schmerzen im Unterleib aufgetreten. Trotz eines Weihnachten 1885 in einer anderen Klinik vorgenommenen Curettements haben Schmerzen zugenommen, und Ausfluss ist fast unerträglich geworden. Appetit und Schlaf mangeln gänzlich.

Stat. praes.: Zwischen Nabel und Symphyse ein rundlicher, mannsfaustgrosser Tumor von höckriger Oberfläche, aus dem kleinen Becken kommend, welcher den Uterus darstellt. Die Scheide eng; Frenulum erhalten. Aus dem Orificium ut. ext. quillt ein foetide riechender, gelbbräunlicher Fluor mit necrotischen Gewebsfetzen hervor. Vorläufige Therapie: tgl. Uterusausspülung und Jodoformgazetamponade.

Klin. Diagn.: Sarcomatöse Infiltration des Corpus uteri.

Operation: 30. Sept. 1886. Dauer: 40 Minuten. Die Amp. ut. wird in typischer Weise ausgeführt. Der Uterus mannsfaustgross, an einzelnen Stellen von gelblich-rötlichem Aussehen. Blutstillung mittelst Péanschen Verfahrens, wobei sich schon ein fauliger, widriger Geruch bemerkbar macht. Bei der Abtrennung des Uterus oberhalb der Ligatur dringen einige Zerfallsprodukte in die Bauchhöhle; auch aus dem Stumpf quellen solch' foetide riechende Massen hervor. Der Stumpf mit scharfem Löffel ausgekratzt und mit Paquelin kauterisiert, an dem unteren Winkel der Bauchwunde befestigt.

Präparat: Das Uteruscavum zeigt sich von höchst übelriechenden Zerfallsprodukten erfüllt; die Uteruswand selbst ist verdünnt.

Verlauf: Am nächsten Morgen trat plötzlicher Collaps und Tod ein.

Die Section ergab als Todesursache: Atrophia fusca cordis. Ausdrücklich ist im Journal bemerkt, dass keine sept. Peritonitis oder Blutung ins Abdomen vorlag.

Wahrscheinlich ist Pat. eben schon so kurze Zeit nach der Operation gestorben, dass sich sept. Peritonitis gar nicht entwickeln konnte. Die Operation kam hier zu spät, um noch einen Erfolg zu erzielen. Offenbar war schon vorher Resorption von Zerfallsprodukten eingetreten und Pat. im höchsten Grade erschöpft.

Nichtsdestoweniger wird man in jedem solcher Fälle, wie auch Hofmeier meint, immer die Operation ausführen müssen, da nichts zu verlieren, alles aber zu gewinnen ist.

X. Fall: Frl. H. S. 36 Jahre. 0 para. Ihr jetziges Leiden begann vor 2 Jahren. Damals bemerkte sie zuerst eine „Verhärtung" im Leibe, deren Wachstum sie selbst beobachtete. Die Periode trat immer regelmässig ein, dauerte $1^1/_2$ Tag, war aber sehr schmerzhaft. Die zunehmende Auftreibung des Leibes, Beschwerden beim Stuhlgang und Urinlassen, das namentlich des Nachts sehr häufig nötig war, veranlassten die Patientin sich am 15. IV. 87 behufs Operation in die Charité aufnehmen zu lassen.

Stat. praes.: Wohlgenährte Pat. mit reichlichem Fettpolster. Die untere Partie des Abdomens ziemlich stark aufgetrieben, die rechte Hälfte etwas mehr als die linke. Grösster Umfang 100 cm. Bei der Untersuchung findet man zwei sehr derbe Tumoren von glatter, aber etwas höckeriger Oberfläche. Der grössere auf der rechten Seite füllt die ganze rechte Hälfte des grossen Beckens aus und reicht bis in Nabelhöhe hinauf. Er hat eine kugelige Gestalt und ist beschränkt beweglich. Der Tumor links ist von diesem durch eine auch äusserlich schon hervortretende Längsfurche getrennt, hat gut Faustgrösse und ist ausserordentlich leicht verschieblich, und zwar getrennt von dem grösseren Tumor. Über dem Lig. Poup. sitzt dem letzteren ein pflaumengrosser Körper auf, der sich sehr leicht auf dem Tumor hin- und herschieben lässt. Freier Ascites nicht nachzuweisen. Unmittelbar hinter dem Introïtus kommt man auf eine nach unten halbkugelig vorspringende derbe Geschwulst von glatter Oberfläche, die den Beckenausgang vollständig ausfüllt und das hintere Scheidengewölbe tief nach unten gedrängt hat. Dieselbe hängt mit dem von den Bauchdecken aus fühlbaren grösseren Tumor zusammen, lässt sich aber nicht im geringsten nach oben dislocieren. Zwischen der Symphyse und dieser Geschwulst kann man nur mit Mühe eine kleine Strecke weit mit dem Finger nach oben vordringen; man fühlt dann dicht über der Symphyse etwas links das schlitzförmige Orif. ext. Der Uterus ist von der Geschwulst nicht abzugrenzen.

Klin. Diagn.: Myomata uteri partim subserosa partim interstitialia.

Operation: 18. April 1887. Dauer: $1^3/_4$ Stunden. Nach Eröffnung der Bauchhöhle kommt zunächst der linksseitige Tumor zum Vorschein; derselbe hängt durch einen 2fingerdicken Stiel mit dem grösseren zusammen. Auch nach Erweiterung des

Bauchschnittes bis über den Nabel gelingt es nicht, den letzteren aus der Wunde hervorzudrängen, da er breit auf dem Beckenboden festsitzt. Zu beiden Seiten desselben befinden sich Tuben und Ovarien, von denen das rechte dem kleinen beweglichen Körper entspricht, der von aussen durch die Bauchdecken gefühlt war. Nachdem die Anhänge beiderseits möglichst weit nach unten abgebunden und abgetrennt waren, sollte der Versuch gemacht werden, den Tumor, der seiner Consistenz nach für ein weiches Myom gehalten wurde, aus der Kapsel zu enukleieren. Zu diesem Zwecke wurde ein Längsschnitt über die Höhe der Geschwulst gemacht. Beim Ablösen der oberen Schichten, das mit einer sehr bedeutenden Blutung verbunden war, entleerte sich plötzlich aus der Geschwulst im Strahl eine braune trübe Flüssigkeit, ca. 2 l. Auch darauf ist es nicht möglich, den unteren Abschnitt der Geschwulst aus dem Cavum Douglasii frei zu machen. Es wird nun möglichst tief ein Gummischlauch umgelegt und über demselben der Tumor abgetragen. Der Stumpf enthielt vorn den an seinem Lumen erkennbaren Cervix. Dieser sowohl, wie der zurückgebliebene Cystenrest wurde in die Bauchwunde eingenäht, jedoch gelang der Abschluss der Bauchhöhle nicht ganz vollkommen, da die sehr dicken Bauchdecken sich nicht genügend einziehen liessen. Cauterisation des Cervicalkanales mit Paquelin. In die Tasche vor dem Uterusstumpf und in die Höhle des Cystenrestes wurden Streifen aus Jodoformgaze eingelegt.

Anatomische Diagnose: Myoma uteri cysticum partim intramurale partim subserosum. Myomata et subserosa et interpariet. (das Präparat ist genau beschrieben Charité-Annalen Bd. XIII von Stabsarzt Fr. Meyer. Daher sind auch die Krankengeschichten von Fall X, XII, XIV und XVI entlehnt).

Verlauf: war ein ungünstiger. Vom 2. Tage stellte sich bei andauerndem heftigen Leibschmerz zunehmender Collaps ein, obwohl Pat. reichlich Analeptica zu sich nahm, ohne zu erbrechen. Meteorismus blieb aus. Am 20. April Drainage durch den Boden der Cyste in die Scheide und Durchspülungen mit Salicylsäurelösung. Am 21. früh Exitus letalis.

Obduction konnte nicht gemacht werden.

XI. Fall: Frl. C. P. 43 Jahre. Sehr decrepide Person aus angeblich gesunder Familie. Pat. kann die Zeit der letzten Periode nicht genau angeben, da sie seit $^1/_2$ Jahr alle 3—4 Tage starke Blutungen, Leibschmerzen, Hitze und Frost hat, dabei auch Husten.

Status praesens: Temp. 38°—38,2° C. Portio und Mutter-

mund virginal. Das hintere Scheidengewölbe wird durch einen halbkugeligen, glatten, vom Uterus nicht abzugrenzenden Tumor, der beiderseits nahe an das Becken herangeht und bis in die Mitte zwischen Nabel und Symphyse reicht, herabgedrängt.

Klin. Diagnose: Myoma uteri interstitiale.

Operation: 22. April 1887. Dauer: 1 Stunde 10 Minuten; typische Amput. ut. supravag.; das rechte Ovarium bleibt zurück. Blutstillung durch elastischen Schlauch. Cauterisation des Cervixcanals mit Paquelin. Intraperitoneale Stumpfbehandlung.

Anatomische Diagnose: kindskopfgrosses interst. Myom.

Verlauf: die Bauchwunde heilt glatt per primam innerhalb 14 Tagen. Die Temperatur schwankt während des Verlaufes zwischen 38,8 und 39,9, Puls 115. Es erklärt sich dies jedoch aus einer linksseitigen tuberculösen Phthise. Es finden sich reichliche Tuberkelbacillen im Sputum. Pat. wird deshalb nach der inneren Abteilung der Charité verlegt und von dort am 23. Juni 1887, auch von der Phthise gebessert, entlassen.

XII. Fall: Frau A. K. 38 Jahre alt, V. Para. Nachdem die Periode, welche bis dahin regelmässig war, Anfang Dezember 1886 in gewohnter Weise abgelaufen war, trat Mitte Dezember ein nicht sehr reichlicher, blutiger, nicht übelriechender Ausfluss ein, der die Beschaffenheit des Wochenflusses gehabt haben soll. Ein deshalb consultierter Arzt erklärte die Pat. für schwanger. Der blutige Ausfluss dauerte fort, war zeitweise reichlicher. Sonstige Störungen fehlten, nur soll von Mitte Februar 1887 an der Umfang des Unterleibes auffallend stark zugenommen haben. Am 29. März 1887 erfolgte unter mässigem Blutverlust die Ausstossung einer toten Frucht, die der Beschreibung nach an den Weichen maceriert war, und deren Länge von der Pat. auf ungefähr 32 cm geschätzt wurde. Am 3. Tage darauf heftige Schmerzen im Unterleib. Ein Arzt konstatierte eine Geschwulst, deren Vorhandensein Pat. bisher nicht bemerkt hatte und riet ihr behufs Operation zur Aufnahme in die Charité, welche am 5. April 1887 erfolgte.

Befund: Mannskopfgrosses, leicht bewegliches, von der hinteren Wand und dem Fundus ausgehendes Myom. Mässige Blutung.

Es wurden zunächst methodische Ergotininjectionen gemacht. Temperatur dauernd morgens bis 38^0, abends zwischen 38^0 und 39^0; die Grösse der Geschwulst wie der Umfang des Abdomens zeigte keine Änderung.

Operation: 26. April 1887. Dauer: 1 Stunde 10 Minuten. Supravaginale Amputation. Rechts oben am Tumor Verwachsung

mit einem Netzstrang, sonst keine Adhäsionen. Die Anhänge zeigten namentlich rechts eine schwammige, ödematöse Beschaffenheit, das Gewebe im Cervixstumpf war sehr brüchig, so dass die Suturen wiederholt durchschnitten.

Vom 2. Tage ab fieberfreier, glatter Verlauf. Geheilt entlassen am 23. Mai 1887.

Präparat (cfr. Meyer: Charité-Annalen XIII), Die Geschwulst 3055 g schwer, fast mannskopfgross. Nach Eröffnung des Cavum uteri zeigt sich die hintere Uteruswand halbkugelig vorgewölbt. An der linken Hälfte derselben findet sich ein querovaler, 8 cm breiter, 6 cm hoher, ziemlich scharfrandiger Defect, in dessen Bereich 4 abgeflachte, durch seichte Furchen von einander getrennte Myomknoten nach der Uterushöhle hin hervortreten. Auf ihrer Höhe zeigen sie ein dunkelrotes Aussehen und Erweichung des Gewebes. Das Myom ist von einer ca. $1^1/_4$ cm dicken Kapsel eingeschlossen. An der die hintere Wand der Uterushöhle bildenden Fläche der Geschwulst verdünnt sich die Kapsel nach dem Defect hin zunehmend, so dass am Rande desselben ihre Dicke einige Millimeter beträgt.

Es handelt sich hiernach im vorliegenden Falle um ein intramurales Uterusmyom mit Zerfall und Durchbruch der Kapsel in die Uterushöhle im Anschluss an eine Fehlgeburt resp. Gravidität.

Meyer giebt folgende Kritik des Falles: „Ob der Zerfall, wie es am häufigsten beobachtet ist, die Folge des Geburtsvorganges ist, oder ob sich derselbe bereits während der Schwangerschaft eingeleitet und zur Unterbrechung derselben geführt hat, lässt sich wohl nicht mit Sicherheit entscheiden. Da bei der Aufnahme, am 7. Tag nach Eintritt der Fehlgeburt, Fieber vorhanden war, welches weiterhin andauerte, und für welches eine anderweitige Veranlassung sich nicht herausgestellt hat, so geht daraus hervor, dass damals der Zerfall bereits ziemlich weit vorgeschritten war. In Anbetracht des gewöhnlich sehr langsamen Verlaufes dieses Processes würde der Beginn desselben wohl schon vor den Zeitpunkt der Fehlgeburt verlegt werden können. Der Zusammenhang dürfte wohl am meisten durch die Annahme erklärt werden, dass beide Vorgänge, der Zerfall des Myoms und die Unterbrechung der Schwangerschaft, auf dieselbe Ursache zurückzuführen sind, auf die durch schnelles Wachstum des Myoms verursachten Circulations- und Ernährungsstörungen."

XIII. Fall: Unverehelichte P. B. 37 Jahre alt. I. para.

Anamnese: Periode immer regelmässig. Vor 5 Jahren wahrscheinlich an Peritonitis erkrankt gewesen. Seit 2 Jahren hat

Pat. eine Geschwulst im Leibe bemerkt; seit $^1/_2$ Jahre zunehmende Schmerzen im Leibe, so dass sie schliesslich arbeitsunfähig und bettlägerig wurde. Deshalb sucht Pat. die Kgl. Charité auf.

Status praesens: Zwischen Nabel und Symphyse eine knollige Geschwulst aus dem kleinen Becken kommend.

Combin. Unters.: Portio dicht hinter der Symphyse. Man fühlt einen mit dem Uterus zusammenhängenden Tumor im Douglas. Das kleine Becken ist ausgefüllt durch eine derbe Masse, die in den Parametrien bis an das Becken herangeht.

Klinische Diagnose: multiple Myome.

Operation: 2. Juli 87. Dauer: $1^1/_4$ Stunde. Nach Eröffnung der Bauchhöhle war es sehr schwierig, den vorliegenden Tumor aus der Bauchwunde herauszuheben, weil derselbe nach beiden Seiten hin fixiert war. Der Tumor erwies sich als ein kindskopfgrosses, nicht ganz rundes, sondern knolliges Fibromyom, in welches der Uterus aufgegangen war. Nach beiden Seiten hin schlossen sich Tubarsäcke an das Myom an, die in der Tiefe des kleinen Becken fixiert waren. Beim Versuch, den linksseitigen zu lösen, riss er ein und entleerte eine anfangs mehr seröse bräunliche, später mehr eitrige Flüssigkeit. Nach möglichst tiefer doppelter Unterbindung und Durchtrennung des Sackes wurde die Schnittfläche des peripheren Teiles mit Catgut vernäht. Das gleiche Verfahren wurde rechts eingeschlagen, ohne dass jedoch der erheblich kleinere Sack platzte. Aus Mangel an Platz für den Schlauch wurde zur Blutstillung das Péansche Verfahren gewählt und dann der Uterus ohne erheblichen Blutverlust typisch amputiert. Intraperiton. Stumpfbehandlung.

Anat. Diagnose: Fibromyoma uteri interstitiale; Pyo-Salpingitis duplex chronica.

Verlauf: die Wunde heilt z. g. T. unter Granulationsbildung per secundam. Nur am 8. Tage p. op. eine leichte Temperatursteigerung 38,4°, Puls 124. Am 17. August 87 verlässt Pat. geheilt die Kgl. Charité.

XIV. Fall: Frau S. K. 43 Jahre alt, war bis Januar 1887 gesund. Periode stets regelmässig, nur sehr reichlich. Zu dieser Zeit bemerkte sie eine Geschwulst im Leibe, es stellte sich Gefühl von Schwere und häufiger Drang zum Urinieren ein, und seitdem verlor sie dauernd Blut. Die Geschwulst wuchs zuerst langsam, seit 6 Wochen rapide unter Zunahme der Beschwerden, zu denen Atemnot und Herzklopfen hinzutrat. Ihr Kräftezustand nahm rasch ab; in den letzten 8 Tagen vor der am 13. September 1887 erfolgten Aufnahme war Patientin bettlägerig.

Status praesens: Es fand sich bei der im schlechten Er-

nährungszustande befindlichen und elend aussehenden Patientin ein mannskopfgrosses, vom Fundus und der hinteren Wand ausgehendes Myom, an dessen vorderer Seite nach rechts sich die Uterushöhle fast bis zum oberen Rand der Geschwulst verfolgen liess. Von dem Cervix war ein kleiner Abschnitt erhalten. Das rechte Ovarium war als ein kleiner knolliger, der sonst glatten Oberfläche der Geschwulst breit aufsitzender Körper zu fühlen. Ascites nicht nachweisbar. Ziemlich reichliche Blutung.

Am 15. September mittags Schüttelfrost und Temperatur von 40^0. Letztere war sonst mässig erhöht bis $38{,}8^0$.

Operation: 17. September 87. Dauer $1^1/_2$ Stunde. In der Bauchhöhle geringe Quantität klarer Flüssigkeit. Lig. lat. dext. erheblich verdickt und infiltriert; an einer Stelle der vorderen Fläche mehrere kleine aus der Tiefe gelblich durchscheinende Flecken, die wie Eiterherde aussahen. Diese Partie des Ligamentum wurde mit entfernt, jedoch hatte das Abbinden und die Blutstillung auf dieser Seite Schwierigkeiten, da die Suturen durch das morsche und infiltrierte Gewebe mehrfach durchschnitten. Im übrigen bot die Amputation des Uterus nichts Besonderes dar. Péansches Verfahren. Cauterisation des Cervixkanals mit Paquelin. Intraperitoneale Stumpfbehandlung.

Verlauf: Zustand nach der Operation zuerst verhältnismässig günstig. Vom 9. Tage an häufiges Erbrechen, zunehmender Icterus. Aus dem unteren Winkel der Bauchdeckenwände, deren Hauträndер auseinander gewichen sind, entleerte sich Anfang der 3. Woche reichlich Eiter aus der Bauchhöhle. Es wurde ein Drainrohr von der Scheide aus durch den Uterusstumpf und die Bauchwunde hindurchgeleitet; die Eitersekretion bestand jedoch unter andauerndem Erbrechen unverändert fort und nahm schliesslich eine fäculente Beschaffenheit an. Am 18. Oct. Exitus letalis.

Obductionsbefund: Peritonitis universalis chronica et recens purulenta. Perforatio multiplex tractus intestini. Nephritis chronica et parenchymatosa incipiens. Atrophia fusca cordis et levis hepatis. Cystitis diphtherica. Abscesshöhlen zwischen den Darmschlingen. Eine grössere Höhle mit kotigem Inhalt umgab den Anfangsteil des an mehreren Stellen perforierten Colon ascendens.

Präparat: Geschwulst ist ein nicht ganz mannskopfgrosses Myom, rund, 4 Pfund wiegend, ohne irgend welche regressive Veränderungen. Die an der Geschwulst haftende Partie des Lig. lat. dext. ist gegen links erheblich infiltriert und verdickt; auf dem Durchschnitt finden sich mehrere erbsengrosse Abscesse, aus denen sich auf Druck dicke gelbe Eitertropfen entleeren.

Es liegt hier mithin die Complication eines Myoms mit Parametritis phlegmonosa apostematosa vor. Fieber und Schüttelfrost wiesen allerdings auf einen mit Eiterung und Resorption von Zerfallsprodukten einhergehenden Process hin, das nächstliegende war aber gewiss, wenn diese Erscheinungen überhaupt von den Beckenorganen ausgingen, die Ursache in Veränderungen des Myoms selbst zu suchen. Das Zusammentreffen der Parametritis mit Myom ist in diesem Falle als ein zufälliges anzusehen. Der Ausgangspunkt dieser Affection muss wohl im Endometrium oder an einer andern Stelle des Genitaltractus angenommen werden und war der primäre Process daselbst schon abgelaufen. Dass es sich dabei um einen infectiösen Vorgang gehandelt hat, zeigt auch der Umstand, dass bei dem Operateur von einer geringfügigen Fingerverletzung mit der Nadel aus sich eine nicht unerhebliche Lymphangitis entwickelte. Für den Verlauf des Falles ist diese Complication aber verhängnisvoll geworden, denn die im Anschluss an die Operation entstandene chronische Peritonitis muss gewiss auf diese zurückgeführt werden.

XV. Fall. Frau Kl. 48 Jahre alt; 0 partus, 0 abortus. Periode regelmässig. Seit 4 Monaten jedoch leidet Pat. an unregelmässigen Blutungen und übelriechendem Ausfluss; Appetitlosigkeit und Erbrechen. Pat. kam schnell von Kräften; deshalb suchte sie die Kgl. Universitäts-Poliklinik für Frauenkrankheiten auf; dort wurde sie in Narkose curettiert und tamponiert und der Kgl. Charité überwiesen.

Stat. praes: Portio ohne Besonderheiten. Orif. ext. für den Finger durchgängig, desgleichen der Cervix. Die Uterusschleimhaut glatt; an der hinteren Wand eine kugelige, jedoch mehr diffuse Vorwölbung; die Schleimhaut an dieser Fläche rauh. Uterus verlängert: Sonde 10,5 cm.

Klin. Diagnose: maligne Infiltration des Uterus.

Operation: 16. November 1887. Dauer: $1^1/_2$ Stunde. Die Operation bietet nichts Besonderes. Die Blutstillung geschieht mittelst des Péanschen Verfahrens, weil der Uterus sich nur sehr schwer in die Höhe ziehen lässt, und so kein Platz für den elast. Schlauch ist. Cauterisation des Cervicalkanales mit Paquelin. Intraperitoneale Stielbehandlung.

Anat. Diagn.: Adenoma uteri malignum.

Verlauf: Temperatur und Puls stets normal. Die Wunde heilt teils per primam, teils per secundam unter der Behandlung mit Lapis und Vinum camphoratum. Am 14. Januar 1888 geheilt entlassen.

XVI. Fall. Frl. O. P., 41 Jahre alt, nie gravida. Menses immer regelmässig, in den letzten Jahren stärker als vorher. Seit 1 Jahre im Anschluss an die Periode übelriechender Ausfluss von 8—12 tägiger Dauer. Am 11. November 1887 wurden die Unterleibsschmerzen, die schon mehrere Jahre bestanden und allmählich an Intensität zunahmen, so heftig, dass Pat. sich zu Bett legen musste. Gleichzeitig trat zum ersten Mal ausserhalb der Periode eine Blutung auf, die seitdem andauerte. Vom Arzt wurde das Leiden für Unterleibsentzündung erklärt und mit Umschlägen und Pulvern behandelt. Seit dem Bestehen des übelriechenden Ausflusses will Patientin sehr von Kräften gekommen sein. Aufnahme in die Charité am 21. November 1887.

Stat. praes: Sehr anämisch aussehende Pat. mit ziemlich starkem Fettpolster, aber dürftiger Muskulatur. Temperatur 38,6°. Ziemlich starker Blutabgang aus der Scheide. Bei der Untersuchung in Narkose musste der noch unversehrte Hymen discidiert werden. Portio kurz, glatt, aufgelockert; Uterus fast in Nabelhöhle, kindskopfgross, ziemlich leicht beweglich. Cervix für 2 Finger durchgängig, Uterushöhle ausgefüllt durch eine Geschwulst, welche nahe über dem inneren Muttermund breit von der vorderen Wand entspringt. Der unmittelbar über dem Muttermund liegende untere Pol der Geschwulst fühlt sich morsch und zerklüftet an, sieht im Speculum dunkelrot missfarbig aus. Die Innenfläche der Uterushöhle ist, soweit sie sich abtasten lässt, glatt und derb, ebenso die Oberfläche der Geschwulst in ihrem oberen nicht vollständig zu umgreifenden Abschnitt. Temperatur in den nächsten Tagen mässig erhöht, bis 38,7. Ausser Leibschmerzen keine deutlichen Zeichen von Peritonitis.

Operation: 30. November 1887. Nachdem am 29. November 1887 der Versuch, den Tumor per vaginam zu entfernen, misslungen war wegen Enge des Cervix trotz Discision, wurde am folgenden Tage die Amputatio supravaginalis vorgenommen. Dieselbe liess sich ohne Schwierigkeit zu Ende führen. Der Schnitt fiel unterhalb des unteren Pols des Tumors in den Cervix. Dabei wurde das Eindringen von Uterusinhalt in die Bauchhöhle mit Sicherheit vermieden, ausserdem war die Uterushöhle vor der Operation sorgfältig desinficiert und mit Jodoformgaze tamponiert. Intraperitoneale Stielbehandlung. Ausser einer spärlichen, leicht trüben Flüssigkeit fanden sich keine Zeichen von Peritonitis in der Bauchhöhle.

Verlauf: Am 3. Dezember morgens Collaps und Exitus let., nachdem bis dahin der Zustand ein befriedigender gewesen war.

Obductionsbefund: Peritonitis ichorosa recens, fibrosa chronica. Atrophia fusca cordis; Degeneratio myocardii adiposa.

Präparat: Uteruscavum ausgefüllt durch einen faustgrossen eiförmigen, derben Tumor, der breit von der ganzen Fläche der vorderen Wand entspringt. Am unteren Pol ist die Geschwulst in der Ausdehnung eines Fünfmarkstücks ulceriert und missfarbig, weiter nach oben finden sich noch 3 kleinere rundliche Defecte in der Kapsel, durch welche die Geschwulstmasse sich hervorwulstet. In der Mitte der Schnittfläche findet sich ein linsengrosser auf Verfettung beruhender buttergelber Herd.

Über die Kritik des Falles cfr. Meyer. Charité-Annalen Bd. XIII.

Der Zerfall des Myoms war in diesem Fall, wie sich zur Evidenz darthun lässt, ein spontaner, da Pat. noch niemals gynaekol. untersucht war, und bei dem Intactsein des Hymens es kaum denkbar war, Instrumente bis in den Uterus einzuführen. Dass am unteren Pol der Geschwulst spontan Gangrän eintrat, ist auch keineswegs eine auffallende Erscheinung, wie auch Gusserow in seinem Werk über die Neubildungen des Uterus angiebt.

Der Verlauf des Falles zeigt, dass die Operation hier zu spät kam, dass bereits Resorption der Zerfallsprodukte und Infection der Bauchhöhle stattgefunden hatte, durch welche der Erfolg der Operation vereitelt wurde.

XVII. Fall. Frau Cl. Z., 51 Jahr. 1 para. Pat. hat Menses immer regelmässig gehabt; Juli 1887 trat Menopause ein. November und Dezember 1887 bekam Pat. jedoch sehr starke Blutungen und von der Zeit an auch Schmerzen in der linken Seite und übelriechenden Ausfluss; dabei magerte sie sehr stark ab.

Stat. praes.: Orif. ext. ut. stark klaffend; der Uterus etwas vergrössert, die Parametrien frei. Das vorgenommene Probecurettement ergiebt eine ziemlich reichliche Menge Schleimhautfetzen. Histol. Untersuchung: sarkomatös entartete Uterusschleimhaut (Prof. Waldeyer).

Operation: 4. Februar 1888. Amput. ut. supravag. Die Operation bot nichts besonders Bemerkenswertes dar. Blutstillung mittelst des Péanschen Verfahrens. Keine Cauterisation des Cervicalkanales, da Paquelin versagte. Intraperitoneale Stielbehandlung.

Präparat: Entfernt der Uterus, beide Ovarien und Tuben. Uterus ist nicht wesentlich vergrössert. Die Innenfläche ist leicht höckerig; an einer Stelle sieht man eine erbsengrosse,

schwammige Erhabenheit, welche keilförmig bis ca. $^3/_4$ cm in die Tiefe der Uterusmuskulatur eindringt. Mikroskopische Schnitte bestätigen klin. Diagnose.

Verlauf: Temperatur und Puls normal. Am 1. und 2. Tage p. op. leichte Delirien. Die Wunde heilt teils p. pr., teils p. secund. unter ziemlich starker Eiterung. Geheilt entlassen 14. März 1888.

XVIII. Fall. Unverehelichte W. P., 36 Jahre alt, I mal abortiert 1887. Menses regelmässig. Seit 1 Jahre hat Pat. Schmerzen in der linken Seite und Gefühl der Spannung. Seit Anfang Januar 1888 leidet sie an dauernden Blutungen, wurde arbeitsunfähig und sucht deshalb Mitte Februar 1888 die Kgl. Charité auf.

Stat. praes: blasse, stark anämische Person mit ziemlich dickem Fettpolster. Portio klein, Orific. ut. ext. klaffend. Portio geht unmittelbar in einen kugeligen, frei beweglichen Tumor mit gelappter Oberfläche über und ist nach rechts verdrängt. Die Sonde dringt 12 cm in Uterus ein; der Knopf ist durch die Bauchdecken nicht durchzufühlen.

Klin. Diagnose: Myoma uteri.

Operation: 20. Februar 1888. Dauer: $1^1/_2$ Stunde. Nach Eröffnung der Bauchhöhle lässt sich der vorliegende Tumor nicht hervordrängen, da er an beiden Seiten, namentlich links an der Beckenwand fixiert war. Am Fundus und an der rechten Kante des Uterus liegen breitaufsitzende kleinapfelgrosse subseröse Myome; von der linken Kante geht ein weit grösseres, ungefähr faustgrosses, intraligamentär entwickeltes Myom an die Beckenwand heran. Zunächst werden beide Ovarien und Tuben abgebunden. Wegen Unbeweglichkeit des linken Tumors wird ein Querschnitt in der Querachse desselben gemacht und das Myom stumpf unter grosser Kraftanstrengung enukleiert. Die ziemlich starke Blutung aus dem Geschwulstbett wurde durch Vernähung der beiden Platten des Lig. lat. und des Geschwulstbettes vollkommen gestillt. Als man bis an den Cervix oder vielmehr an den Stiel der Gesamtgeschwulst, in welcher der Uterus enthalten war, gelangt war, wurde auch dieser Stück für Stück unterbunden und abgetrennt. Intraperitoneale Stielbehandlung.

Die Ausschälung des Myoms, sowie die Vernähung des Geschwulstbettes und die Exstirpation des rechten Ovariums waren recht schwierig, und es musste besorgt werden, dass durch die tiefen Suturen namentlich der Ureter mitgefasst werden konnte.

Präparat: Das Präparat zeigt die bei der Operation be-

schriebenen Myome. Das linke intraligamentär entwickelte geht von der vorderen Wand aus und hat wohl ursprünglich intramural gesessen. Ferner lässt das Präparat erkennen, dass beim Ausschälen des letzteren Myom das Cavum angerissen wurde. Im Cavum ein über haselnussgrosses submucöses gestieltes Fibrom.

Anat. Diagn.: Myomata uteri et subserosa et interligament. et submucosa.

Verlauf: Während der ersten beiden Wochen entleert sich bei jedem Verbandwechsel eine reichliche Menge übelriechenden Eiters aus der Bauchwunde. Die Sonde dringt von dort aus $7^1/_2$ cm nach hinten unten ein. Dabei bleibt Temp. normal, Puls jedoch 150, starkes Erbrechen und Meteorismus. Am 13. Tage p. op. wird daher von der Vagina aus auf den von der Bauchwunde her vorgeschobenen Sondenknopf incidiert und durch letztere beide Öffnungen ein Drain hindurchgeführt. Die trotzdem während der nächsten Wochen eingetretenen Eiterretentionen wurden durch Ausspülungen beseitigt, wobei eine Anzahl Suturen aus der Bauchfistel abgehen.

Ende Mai 1888 bekommt Pat. eine Infiltration des Beckenbindegewebes der linken Seite, welche sich hinter das Rectum und unter den Douglasschen Raum nach rechts hin erstreckt. Das Sept. recto-vaginale ist stark verdickt und sehr schmerzhaft. Das Exsudat bricht durch die hintere Scheidenwand durch, und wird die entstandene Öffnung dilatiert und drainiert. Allmählich schwinden dann die Exsudate, und die Fisteln heilen zu, zuerst die Bauchfistel.

Pat. wird am 14. August 1889 geheilt entlassen.

XIX. Fall. Frl. J. B., 35 Jahre alt. 0 partus, 0 abortus. Menses unregelmässig und mit Schmerzen verbunden. Anfang Nov. 1887 fing das jetzige Leiden der Patientin an. Schmerzen im Kreuz, Stiche im Schoss, Schlaflosigkeit, Appetitmangel. Nähere Angaben sind aus der psychisch nicht ganz normalen Patientin nicht herauszubekommen.

Stat. praes.: Portio virginal, nach hinten gerichtet. Die heftige Schmerzen verursachende Untersuchung ergiebt ein klein apfelgrosses, breit aufsitzendes Myom der vorderen Wand des Uterus.

Die Beschwerden nehmen sehr an Intensität zu; es wird deshalb die Operation beschlossen.

Klin. Diagn.: Myoma ut. subseros. pariet. ant.

Operation: 1. März 1888. Dauer: 1 Stunde, typische Amputatio uteri supravag. mit Entfernung der Ovarien und

Tuben. Blutstillung mittelst Péanschen Verfahrens. Cauterisation des Cervicalkanals mittelst Paquelin. Intraperitoneale Stielbehandlung.

Anat. Präparat: multiple subseröse und intraparietale Myome.

Verlauf: Die Bauchwunde heilt ungestört in ganzer Ausdehnung per primam. Am 19. Tage p. op. ist Pat. vollkommen wiederhergestellt.

XX. Fall: Frl. A. G., 44 Jahre alt, 0partus, 0abortus. Im Winter 1870/71 wurde bei der Patientin eine Eierstocksgeschwulst konstatiert, welche damals zweimal punktiert wurde und Juni 1878 von Prof. Schröder per laparot. entfernt wurde. Seit 1880 bestehen profuse Menstruationen, gegen welche mehrfache Badekuren ohne Erfolg waren. Im Frühjahr 1886 bemerkte Pat. Stärkerwerden des Leibes; Prof. Schröder diagnosticierte damals eine Vergrösserung des Uterus durch Myome. Subcutane Ergotininjektionen und Hydrastis canadensis, ebenso ein Nov. 1887 vorgenommenes Curettement sind ohne jeden Erfolg. Patientin verlangt Radicaloperation, da sie ihrem Berufe als Gesellschafterin nicht mehr nachgehen kann.

Stat. praes.: Unterhalb des Nabels in der Lin. alba eine lineäre von früherer Laparotomie herrührende Narbe. Portio virginal; geringer sanguinolenter Ausfluss aus der Scheide. Uterus nach rechts und vorn gelagert erscheint etwa kindskopfgross und bietet namentlich an der hinteren Seite mehrere knollige Hervorragungen dar. Parametrien frei.

Operation: 31. März 1888. Dauer $1^1/_4$ Stunde. Der Schnitt wurde in die alte Narbe gelegt; dicht unter der Haut lag nur von sehr spärlichem properitonealen Fett bedeckt das Bauchfell, welches infolge dessen gleich beim ersten Schnitt eröffnet wurde. Nirgends waren Verwachsungen der Därme unter einander oder mit anderen Beckeneingeweiden vorhanden; linke Tube und Ovarium fehlen; der vorhandene Rest des Lig. lat. sin. erscheint als eine frei endende, nirgends verwachsene häutige Falte. Die Amput. ut. bot an sich nichts besonders bemerkenswertes. Blutstillung mittelst elastischen Schlauches. Cauterisation des Cervicalkanals. Intraperitoneale Stielbehandlung.

Präparat: Das ganze Uterusgewebe ist mit Myomen verschiedener Grösse (haselnuss- bis hühnereigross) durchsetzt, so dass der Uterus die Grösse eines Kindskopfes hat. Dicht an der Abtrennungslinie von dem Cervix sitzen 2 grössere Myome. Beim Aufschneiden des Uterus an der vorderen Fläche zeigt sich die Uterusinnenfläche ganz mit erbsen- bis kirschgrossen,

submucösen Myomen besetzt, so dass die Schleimhautoberfläche hierdurch ein eigentümlich, knolliges Aussehen erhält.

Verlauf: Heilung erfolgt ungestört, so dass Pat. am 17. Tage p. op. die Anstalt gesund verlässt.

An diesem Fall erregen 2 Punkte unser besonderes Interesse: 1. dass man genau die Verhältnisse überblicken konnte, die nach der ersten Laparot. eingetreten waren; 2. weil der Fall für die Frage, wann man Enucleation oder Amput. ut. anwenden soll, sehr bezeichnend und für die Gusserowschen Sätze sehr beweisend ist.

XXI. Fall: Frl. W. M., 44 Jahre alt, 0para, 0abort. Pat. hat seit 1 Jahr ein Gefühl von Drängen nach unten, ferner Beschwerden und Schmerzen beim Urinlassen und Stuhlgang und schmerzhafte Periode, die auch reichlicher geworden sein soll. Eine Geschwulst jedoch, die an Grösse schnell zugenommen haben soll, hat Pat. erst seit $^1/_2$ Jahr bemerkt.

Stat. praes.: Portio steht nach vorne, sehr klein uud kurz. Muttermund geschlossen, oval. Vom hinteren Scheidengewölbe aus fühlt man im Douglasschen Raum einen harten, kugligen, kindskopfgrossen Tumor, beschränkt beweglich. Derselbe hängt mit dem Uterus zusammen, den man vorn rechts als kleinen walzenförmigen Tumor fühlen kann.

Klin. Diagn.: Myoma uteri subserosum.

Operation: 15. Mai 1888. Dauer 1 Stunde. Nach Eröffnung der Bauchhöhle präsentiert sich der Tumor hinter dem Fundus uteri; letzterem sitzen noch 3 bis taubeneigrosse subseröse Myome auf. Die Anhänge werden abgebunden und von Ligg. lat. quer abgeschnitten, ohne sie indes vom Uterus zu trennen. Auch nach Verlängerung des Schnittes gelang es nicht, den grossen Tumor aus der Bauchhöhle herauszuwälzen. Es wird daher der Tumor nach Spaltung der Kapsel stumpf zu enuklieren gesucht. Ehe dies noch fertig, liess sich der Tumor und der Uterus plötzlich leicht herausheben. Dabei zeigt sich, dass der Uterus auf seinem unteren Teile noch mehrfach mit kleinen Myomen durchsetzt ist. Es wird daher Entfernung des Uterus beschlossen. Da der grosse, nicht völlig enukleierte Tumor hinderte, wurde er nach Anlegung einer provisorischen Gummiligatur quer abgeschnitten. Dann wird der elast. Schlauch um den Uterus gelegt, derselbe mit dem Myom quer abgetragen, wobei noch auf der Schnittfläche 2 kleine Myome mit entfernt werden mussten. Cauterisation des Cervicalkanals mit Paquelin. Intraperitoneale Stielbehandlung.

Präparat: Ausser den schon beschriebenen Myomen sassen

in der Wand des Uterus noch mehrfache Myome von Kirsch- und Erbsengrösse.

Verlauf: Die Wunde schliesst sich ohne Temperaturerhöhung in voller Ausdehnung per primam. Pat. steht am 18. Tage p. op. auf und verlässt bald darauf gesund die Anstalt. Gegen einen bestehenden eitrig-schleimigen Ausfluss, der aus dem Stumpf kommt, werden der Pat. Ausspülungen mit Holzessigzusatz verordnet.

Anat. Diagnose: Myomata ut. et subserosa et interparietalia.

Auch dieser Fall ist wegen der Multiplicität der Myome interessant und zeigt sehr schön, wie dadurch die operativen Massregeln beeinflusst werden. Er ist ebenfalls sehr beweisend für die am Anfang aufgestellten Thesen.

XXII. Fall. Frau C. D., 34 Jahre alt. VIpara. Menses regelmässig. 6—8 Wochen nach der letzten Entbindung (Febr. 1886) bemerkte Pat. Stärkerwerden des Leibes. Deswegen war Pat. schon Juni und Okt. 86 in der Kgl. Charité, und es wurde damals ein Tumor ovarii konstatiert.

Ende März 88. bekam Pat. motorische Paraplegie beider Beine, so dass sie nicht mehr stehen und gehen konnte. Die Sensibilität war in der unteren Körperhälfte herabgesetzt; die Funktionen der Blase und des Mastdarms sind intact.

Stat. praes.: Im Abdomen fühlt man einen kugligen, mannsfaustgrossen, glattwandigen Tumor, vom Uterus deutlich abgrenzbar. Letzterer liegt rechts und hinten, dicht neben dem Tumor.

Klin. Diagnose: Tumor ovarii. Myelitis spinalis. (Dr. Oppenheim.)

Operation: 1. Juni 1888. Dauer 50 Minuten. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich, dass der Uterus an der Vorderwand eines grossen, runden Tumors lag, von dem er nur durch den Gesichts-, nicht durch den Gefühlssinn zu trennen war; die beiderseitigen Anhänge, speciell Ovarien und Tuben, sind vorhanden und normal. Der Tumor selbst ist prall-elastisch, hat dieselbe Farbe wie der Uterus, glatt und ohne Verwachsungen. Es handelte sich demnach um ein weiches Myom, welches sich an der hinteren Wand des Uterus entwickelt hatte. Dann typische Amp. ut. supravag. Blutstillung durch elastischen Schlauch; Cauterisation des Cervicalkanals mittels Paquelin. Intraperitoneale Stielversorgung.

Präparat: Das Myom selbst bestand auf dem Durchschnitt aus festem, weissen, fasrigen Gewebe, zwischen denen inselförmig hellgelbe, gallertige, sulzige, aber immerhin durch Fingerdruck noch nicht zerstörbare Massen sich befanden. Hohlräume fanden

sich nicht. Es handelte sich demnach um eine schleimige Umwandlung des Myoms, was auch die mikroskopische Untersuchung bestätigte.

Anat. Diagnose: Myoma uteri myxomatosum pariet. post.

Verlauf: Die Bauchwunde heilt in voller Ausdehnung per primam innerhalb 16 Tagen zu. Wegen der bestehenden Myelitis wurde Pat. dann auf die Nervenabteilung verlegt.

XXIII. Fall. Frau P. geb. G., 47 Jahre alt. Vpara.

Seit 5 Jahren leidet Pat. an profuser Menstruation; dazu gesellten sich seit Febr. 1888 Stuhlbeschwerden und öfterer Drang zum Urinlassen, ohne jedoch Harn lassen zu können. Im Anschluss an die letzte Menstruation, ca. 8. Mai, trat eine heftige Blutung auf, die ca. 8 Tage dauerte; dieselbe hatte sich bis zum 29. V. noch nicht wiederholt.

Stat. praes.: Sehr anämisch aussehende Pat. mit ziemlich starkem Fettpolster; leichtes Ödem der unteren Augenlider. Puls sehr klein, von geringer Spannung; Herztöne namentlich an der Spitze unrein. Aus dem kleinen Becken kommend und bis zur halben Höhe zwischen Nabel und Symphyse reichend ein höckriger Tumor, der eine gewisse Beweglichkeit zeigt und von der Beckenwand abgrenzbar ist. Durch die Sondierung zeigt sich, dass der Uterus an der Vorderseite der Geschwulst liegt. Die Sonde dringt $13^1/_2$ cm weit ein.

Klin. Diagnose; Myoma uteri.

Operation: 2. Juni 1888. Dauer 2 Stunden. Nach Eröffnung der Bauchhöhle stellt sich heraus, dass der Uterus etwas rechts liegt und stark vergrössert ist; die linke Tube ist erweitert, geschlängelt, mit dem Ovarium verwachsen und zu einem apfelgrossen Tubo-ovarialsack umgebildet. Rechts neben dem Uterus und z. g. T. hinter ihm ein prall-elastischer Ovarialtumor von fast Kindskopfgrösse, der tief in den Douglasschen Raum hinabreicht. Alle 3 Gebilde waren sowohl unter einander als auch z. T. mit der Brustwand, besonders im Cavum Dougl., z. T. mit dem Darm durch derbe Verwachsungen ausgedehnter Art verbunden. Zunächst wurden die Verwachsungen nach Möglichkeit stumpf gelöst. Bei der Abbindung des linksseitigen Tuboovarialsackes platzt derselbe; die relativ starke Blutung wurde durch mehrfache Ligaturen im Lig. lat. gestillt. Dann wurde der Uterus durch Abbindung des Lig. lat. dest. frei zu machen gesucht. Bei der Ausführung dieses Abschnittes der Operation blutete es ausserordentlich stark aus fast jedem Stichkanal, so dass eine Reihe von Umstechungen ausgedehnter Art zur Blutstillung notwendig wurde. Nachdem nun der Uterus etwas be-

weglicher geworden war, wurde an die Entfernung des rechtsseitigen Ovarialtumors gegangen. Derselbe sass fest im Cav. Dougl. und konnte auch durch Empordrängen von der Scheide aus nicht beweglicher gemacht werden. Er wurde mit der Nélatonschen Zange gefasst und mit dem Messer angestochen. Es entleerte sich eine trübe, gelbgraue Flüssigkeit im Strahle und in reichlicher Menge; ein Teil derselben gelangt trotz aller Vorsichtsmassregeln in die Bauchhöhle. Jetzt war es möglich, den Sack stumpf aus der Bauchhöhle zu lösen und stielartig auszuziehen. Ehe indessen der Stiel abgebunden werden konnte, riss er durch und aus der Rupturstelle, in der Tiefe des Beckens, erfolgte eine lebhafte arterielle Blutung. Das spritzende Gefäss wurde mit einem langen Schieber gefasst und durch Unterbindung sowie mehrfache Umstechungen verschlossen. Nach Entfernung der beiden Ovarialgeschwulste wurde Uterus mit 2 Hegarschen Nadeln durchstochen und oberhalb derselben abgetragen. Cervicalkanal mit Paquelin cauterisiert. Der Uterusstumpf wird an die Bauchdecken — Serosa an Serosa — angenäht und noch mit Paquelin oberflächlich verschorft. Die Operation war sehr schwer und mühsam.

Anat. Diagnose: Myomata uteri et interparietalia et submucosa. Tumor tubo-ovarialis sin. Tumor multilocularis ovarii dextr.

Verlauf: In den ersten 3 Tagen p. op. bekam Pat. wegen ihres kleinen Pulses successiv 12 g Ol. camphorat. subcutan. Die Heilung der Bauchwunde und des Stumpfes erfolgt ohne jedwede Störung. Im Laufe der 4. Woche stossen sich die letzten necrotischen Fetzen von dem sehr weit zurückgezogenen Stumpf ab, so dass Pat. am 45. Tage p. op. geheilt entlassen werden kann.

XXIV. Fall. Frl. S., Sängerin, 42 Jahre alt, 0 partus, 0 abortus. Pat. leidet seit $1^1/_2$ Jahr durch ein Gefühl von Druck im Leibe. Menses blieben dabei regelmässig, wurden aber profuser. Vor 5 Monaten trat eine Zunahme der Menorrhagieen ein, die oft 10—12 Tage dauerten. Gleichzeitig bemerkte Pat. Stärkerwerden des Leibes.

Stat. praes.: Abdomen wird durch einen grossen Tumor ausgefüllt, 2 quer fingerbreit über den Nabel reichend, kugelig, höckerig, aus dem kleinen Becken herauskommend, relativ frei beweglich, hart. — Das hintere Scheidengewölbe wird durch den Tumor weit nach abwärts gedrängt, links oben eine kleine knopfartige Bildung — der Rest der Portio. Der Uterus lässt sich nicht durchpalpieren, auch durch die Sonde nicht bestimmen.

Diagnose: Myoma uteri.

Operation: 30. Juni 1888. Dauer $1^1/_2$ Stunde. Die Amput. ut. war leicht, da der Tumor ganz frei beweglich war, und wurde in typischer Weise ausgeführt. Blutstillung mittels elast. Schlauches. Cauterisation des Cervicalskanals mit Paquelin. Intraperitoneale Stielbehandlung.

Präparat: Geschwulst, 2500 g, besteht im wesentlichen aus 2 grossen Myomknoten, welche von der vorderen Uteruswand entspringen und in ihrem Wachstum eine starke Retroflexio uteri hervorgebracht haben, so dass der Fundus schliesslich im tiefsten Teil des Cav. Dougl. lag. Hieraus erklärt sich auch, weswegen man bei der Untersuchung den Fundus uteri weder durch Palpation noch durch Sondierung nachweisen konnte.

Verlauf: Die Bauchwunde heilte im Verlauf von 2 Wochen per primam mit Ausnahme einer kleinen Stelle in der Mitte der Narbe, aus der sich reichlich übelriechender Eiter entleert. Aus dieser Fistel gehen nach und nach während des Aufenthaltes in der Klinik noch 13 Suturen ab. Pat. wird mit der bestehenden Fistel am 16. Aug. 88 entlassen.

Nach späteren Nachrichten hat sich die Bauchfistel nach Abgang von ferneren 30 Seidensuturen geschlossen. Pat. hat sich sehr erholt und fühlt sich vollkommen wohl.

XXV. Fall: Unverehelichte Th., 29 Jahre alt, I. Partus, I. Abortus. Periode regelmässig. Bei einem wegen Retentio secundinarum nach Abort (22. Juli 88) vorgenommenen Curettement wird vom Arzt eine Geschwulst konstatiert. Im Anschluss an den Abort entwickelte sich eine Phlegmasia alba dolens dextr., weswegen Pat. schliesslich am 13. Aug. 88 die Charité aufsucht.

Stat. praes.: Im Abdomen fühlt man einen über kindskopfgrossen, harten Tumor, der bis zum Nabel reicht. Derselbe hat den Uterus (Sonde: 16 cm) nach links dislociert. Uterus scheint in die linke Seitenwand überzugehen; letzterer ist von der Beckenwand überall abgrenzbar.

Klin. Diagnose: Myoma uteri interst. magnum. Phlegmasia alba dolens dextr. Nachdem die Phlegm. alb. dol. durch Hochlagerung der Extremität, Bettruhe etc. geheilt ist,

Operation: 22. Sept. 88 Vorm. Dauer: 1 Stunde. Typische Amput. ut. supravag. Blutstillung durch elast. Schlauch. Cauterisation des Cervicalkanales mittelst Paquelin. Intraperitoneale Stielbehandlung.

Präparat: Im Fundus uteri ein taubeneigrosser polypöser Körper (Placentarpolyp) ohne erkennbar geschichteten Bau. In der rechten Uteruswand ein überfaustgrosses, weiches, reines Myom, das sich durch seine dunkelrote Farbe deutlich vom

Uterusrand abhebt und sich aus demselben leicht auslösen lässt. Auch gegen die Uterushöhle ist das Myom noch von einer dünnen Kapselschicht überzogen. Die Schleimhaut auch in diesem Bezirke intact.

Verlauf: Die Bauchwunde heilt ungestört per primam ohne Temperaturerhöhung und Pulsbeschleunigung. Am 16. Tage steht Pat. auf und verlässt bald darauf geheilt die Kgl. Charité.

Der Fall bietet einen schönen Gegensatz zu Fall XII dar.

XXVI. Fall: Frau T., geb. G., 37 Jahre alt, IIpara. Periode regelmässig. Anfang Oct. 88 konnte Pat. eines Tages nicht Urin lassen und musste deshalb einmal von einer Hebamme katheterisiert werden, wonach sie wieder spontan urinieren konnte. Dieser Zustand wiederholte sich Anfang Nov. und Dez. 88, Anfang und Ende Jan. 89. Seit einigen Wochen besteht häufiger Urindrang. Die Anfälle von Anurie treten entweder kurz vor oder nach der Periode auf.

Stat. praes.: Im Abdomen rechts befindet sich ein apfelgrosser, glatter, frei beweglicher, aus dem kleinen Becken kommender Tumor von harter Consistenz; links im Eingang des kleinen Beckens eine unbestimmte Resistenz. Die combinierte Untersuchung ergiebt: Portio steht tief; vom hinteren Vaginalgewölbe aus ist ein grosser, der hinteren Fläche des anteflectierten Uterus breitbasig aufsitzender Tumor, kuglig, glatt, von harter Consistenz, identisch mit der von aussen konstatierten Resistenz, zu fühlen.

Klin. Diagn.: Myomata uteri subserosa.

Operation: 9. Febr. 89. Dauer $^3/_4$ Stunden. Typische Amput. ut. supravag. Die Operation war leicht, da gar keine Verwachsungen bestanden, und der Tumor aus dem Douglasschen Raum leicht entbunden werden konnte. Bemerkenswert ist, dass der Uterusstumpf aus dem elast. Schlauch schlüpfte, obwohl er durch Einlegen mehrerer Kugelzangen oberhalb des Schlauches fixiert war, und trotzdem aus ihm keine wesentliche Blutung stattfand. Cauterisation des Cervicalkanals mittelst Paquelin. Intraperitoneale Stielbehandlung.

Anat. Diagn. stimmt mit der klin. überein.

Verlauf: Die Bauchwunde heilt in ganzer Ausdehnung innerhalb 10 Tagen per primam. Am 19. Tage p. op. verlässt Pat. geheilt die Anstalt.

XXVII. Fall: Frau H., geb. F., 46 Jahre alt, VII para. Seit 1885 Aug. leidet Pat. an unregelmässigen Blutungen, welche höchstens 8—14 Tage aussetzen. Im Sommer 87 bemerkte sie, dass das Abdomen stärker wurde; seitdem bestanden Schmerzen

in der Magengegend, welche besonders nach dem Essen stärker wurden. Seit dem 7. Febr. 89 hat Pat. keine Blutungen mehr gehabt, nachdem dieselben in den letzten Tagen vorher besonders stark gewesen sein sollen.

Stat. praes.: Blass und anämisch aussehende, fettreiche Kranke. Abdomen ist stark aufgetrieben durch einen kugligen, von allen Seiten abgrenzbaren, beweglichen, glattwandigen, harten Tumor, der bis zur Mitte zwischen Nabel und Proc. xyphoid. reicht und sich ins kleine Becken hinein verfolgen lässt. Portio geht unmittelbar in den Tumor über, der vom vorderen und hinteren Scheidengewölbe fühlbar ist. Sondierung: Man fühlt den Sondenknopf 2 Querfingerbreit oberhalb der Symphyse.

Klin. Diagn.: Myoma uteri interstitiale. Am 21. Febr. 89 sind wieder sehr starke Metrorrhagieen eingetreten, deshalb:

Operation: 22. Febr. 89. Dauer: 1 Stunde 10 Min. Nach Eröffnung der Bauchhöhle stellt sich sofort das Myom ein; vom Uterus als solchen ist nichts mehr zu sehen; er ist vollkommen in die Geschwulst aufgegangen. Die Tuben entspringen beiderseits auf der Höhe der Geschwulst, sind stark ausgezogen und längs ihrem Verlaufe befinden sich starke, oft bleistiftdicke Gefässe; die Ligg. rotunda sind ebenfalls stark ausgezogen; die Ovarien befinden sich auf halber Höhe der Geschwulst an der Seite; Ligg. lata papierdünn. Amput. ut. supravag. in typischer Weise. Blutstillung durch elast. Schlauch. Cauterisation des Cervicalkanals mittelst Paquelin. Intraperitoneale Stielbehandlung.

Präparat: Gewicht des Tumors: 4300 g. Der Uterus markiert sich an der Vorderseite der Geschwulst durch einen etwas gelben Farbenton und die Abgangsstellen der Tuben. Die Uterushöhle zeigt sich enorm verbreitert und verlängert. Ihre Länge im Tumor betrug 18 cm, ihre Breite am Fundus 10 cm. Beim Einschneiden in die Geschwulst entleert sich eine dickliche, gelbbraune, trübe Flüssigkeit aus ihr, welche sehr bald Spontancoagulation zeigt. Es war also ein cystisches Myom mit einem sehr grossen und einer Anzahl kleiner Hohlräume.

Anat. Diagn.: Myoma uteri cysticum.

Verlauf: Pat. hat während der ersten 4 Wochen abends leichte Temperatursteigerungen bis 38,7° C. Beim 2. Verbandwechsel am 10. Tage p. op. zeigt sich oberhalb des Nabels eine ca. $1^1/_2$ cm lange Stelle aus einander gewichen; zwischen den Wundrändern liegt ein Stück Darmschlinge von 10pfennigstückgrösse vor, deren Serosa glatt und glänzend. Nach Reinigung mit Sublimat wird die Wunde durch Seidensuturen geschlossen.

Pat. giebt dabei an, dass sie 2 Tage vorher nach dem ersten Verbandwechsel habe heftig niesen müssen (Salicylwatte) und danach die Empfindung gehabt habe, als platze die Wunde auf. Die Wunde heilt dann glatt per primam, so dass Pat. am 40. Tage p. op. gesund entlassen werden kann.

XXVIII. Fall: Frau K., 34 Jahre alt, IIIpara. Die letzten 3 Perioden bei der Patientin sollen stark gewesen sein, dass Pat. dadurch hochgradig anämisch wurde. Puls 110. Im Anschluss an die letzte Menstruation, 25. VI. bis 30. VI. 89, bekam Pat. sehr starke Blutungen, welche mit Ohnmachtsanfällen und krampfartigen Zuckungen verbunden waren.

Stat. praes.: In der Lin. alba bis an den Nabel reichend eine kugelige, kindskopfgrosse Geschwulst, aus dem kleinen Becken kommend. Portio steht nach hinten, ist ziemlich kurz und geht direkt in den Tumor über. Muttermund steht offen; geht man mit dem Finger ein, so kommt man nach hinten um die Geschwulst herum.

Klin. Diagn.: Myoma uteri pariet. ant.

Operation: 23. Juli 1889. Dauer: 1 Stunde 20 Min. Nach Eröffnung der Bauchhöhle und Abbinden der Adnexa und Ligg. lata gelingt es trotzdem nicht, um den Uterushals zu kommen, weswegen man zur Enucleation schritt. Das Peritonaeum wurde oberhalb der tiefsten Stelle des Tumors quer, dann die Uteruskapsel sagittal gespalten und zurückpräpariert und das kindskopfgrosse Myom aus seinem Bett mit einiger Gewalt, aber doch ohne grosse Schwierigkeiten entfernt. Nun zeigt sich, dass der Uterus selbst dabei etwas zerfetzt ist; da ferner beide Ovarien schon entfernt und beide Ligg. lata z. g. T. abgebunden, wird zur Amput. ut. geschritten. Nach digitaler Compression des Uterushalses wird er unterhalb des Tumorbettes von vorn nach hinten Schritt für Schritt unterbunden und mit Schere abgetragen. Intraperitoneale Stielbehandlung. Obwohl eine erhebliche Blutung während der Operation nicht stattgefunden hat, so hat trotzdem die geringe Quantität genügt, zusammen mit der Narkose bei der hochgradig anämischen Patientin einen Collaps herbeizuführen, von dem sich Pat. erst nach 4 Stunden (6 Campherätherinjectionen) erholte.

Verlauf: Die Bauchwunde heilt ohne Temperaturerhöhung innerhalb 10 Tagen in ganzer Ausdehnung per primam. Patientin steht am 19. Tage p. op. auf und verlässt bald darauf geheilt die Anstalt.

Welches die Indikationen zur Operation waren, kann man deutlich aus dem Bericht über die Krankheitsfälle selbst ersehen und gehe ich darauf hier nicht mehr näher ein.

Was ferner das Alter der 28 Operierten anbetrifft, so war eine Kranke unter 30 Jahren, 12 zwischen 30 und 40, 13 zwischen 40 und 50, 2 über 50 Jahre alt. Weder geboren noch abortiert hatten von den 24 wegen Myom operierten Patientinnen 8, 2 hatten mehrere Male abortiert; 4 sind einmal, eine 2mal, 2 sind 3mal, eine 4mal, 2 sind 5mal, 3 sind 6mal, eine 7mal am normalen Ende der Schwangerschaft niedergekommen.

Von den 28 Fällen ist 24mal wegen Myom, 2mal wegen Sarkoma corp. ut., 2mal wegen Adenoma corp. ut. operiert worden. Sechsmal wurde die Myomotomie im engeren Sinne resp. Enucleation per laparot., 22 mal die Amput. ut. supravaginalis gemacht; 24 Fälle wurden mit intra-, 4 Fälle mit extraperitonealer Stielbehandlung operiert.

Die Operationen selbst boten eine ganze Reihe von oft sehr schweren Complicationen dar. Im Fall XIII mussten zwei Tubarsäcke, im Fall XXIII ein linksseitiger Tuboovarialtumor und noch ein grosses rechtsseitiges fest verwachsenes Ovarialkystom, im Fall I ein Kystoma dermoides. ovarii sin. entfernt werden; im Fall VII war ausser einem Adenom des Uterus noch ein linkss. Ovarialkystom vorhanden. Im Fall II bestand freier Ascites, der bereits viermal punktiert war und dadurch sehr feste Adhäsionen veranlasst hatte; im Fall XI eine Lungenaffection, die sich erst später als tuberculöse Phthise erwies. Fall XIV stellte sich als ein Myom, compliciert mit Parametritis apostematosa dextra von sehr infectiöser Natur dar. 4mal (Fall IV, X, XXII, XXVII) wurden cystische resp. schleimig erweichte Myome vorgefunden; einmal bestand dabei noch eine erst kurze Zeit dauernde Myelitis (XXII). In einem Fall (XII) handelte es sich um Zerfall und Durchbruch eines interstitiellen Myoms durch seine Kapsel in das Cavum uteri im Anschluss an ein Wochenbett nach einer Fehlgeburt, in einem anderen (XVI) wieder um spontanen Zerfall am unteren Pole eines submucösen Myoms, bei dem jedoch Resorption der Zerfallsprodukte eingetreten war; in einem dritten (IX) schliesslich um ein in seiner Totalität verjauchtes Sarkom. Fall VI bietet die sehr seltene Complication eines Myoms mit Retroflexio uteri gravidi partialis dar; im Fall XX war vor zehn Jahren wegen eines Ovarialtumor die Laparotomie bereits vorgenommen.

Trotz dieser zahlreichen Complicationen sind doch nur 4 Patientinnen gestorben, von denen 2 nach der intra-, 2 nach

der extraperitonealen Methode behandelt waren. 3 von ihnen sind dann aber auch eben durch Complicationen zu Grunde gegangen, d. h. die Operation kam in diesen Fällen zu spät, während man eigentlich nur in einem Fall (X) den Tod auf die Operation als solche beziehen kann; damit will ich sagen, dass die im Fall X zur Todesursache gewordene septische Peritonitis nicht durch Verhältnisse, die schon vor der Operation vorhanden waren, bedingt war, sondern dass sie sich erst im Anschluss an die Operation selbst entwickelt hat.

Dass ein grosser Teil der Misserfolge auf die Complicationen zurückzuführen ist, ergiebt sich auch aus der bekannten Arbeit von Hofmeier, der nach Hinweglassung derjenigen letal verlaufenen Fälle, in denen besonders ungünstige Momente mitspielten, die Mortalität der Amputatio uteri auf 15% berechnet, d. h. der genannte Autor führt 50% der Todesfälle auf Complicationen zurück. Solche Complicationen lassen sich aber meist durch entsprechende frühzeitige Ausführung der Operation umgehen. Allerdings ist es dann sehr schwierig, den richtigen Zeitpunkt für die Operation zu bestimmen, um nicht zu früh oder zu spät oder auch um nicht unnütz zu operieren. „Jedenfalls dürfte", wie Meyer sagt, „zu erwägen sein, ob die Indication zur Amp. ut. supravag. lediglich von den durch das Myom verursachten Störungen abhängig zu machen, ob sie nicht vielmehr zu erweitern ist zu Gunsten einer möglichst frühzeitigen Operation, um nicht Complicationen entstehen zu lassen, welche bei der später notwendig werdenden Operation die Prognose erheblich trüben. Wenn die Resultate naturgemäss auch niemals so glänzend ausfallen werden als bei der Ovariotomie, so wird doch die Mortalität bedeutend herabgedrückt und damit der hauptsächlichste Einwand gegen die Operation wesentlich geschwächt werden."

Wenn nun auch dieser Grundsatz zur allgemeinen Geltung gelangt, so kann man ihn doch nicht in allen Fällen durchführen. Die meisten Kranken kommen so spät in Behandlung, oder entschliessen sich eben so spät zur Operation, dass man immer noch eine ganze Reihe von Myomotomieen unter den ungünstigsten Verhältnissen ausführen muss.

Wie schon gesagt, kommen auf die 28 Myomotomieen 4 Todesfälle, d. h. eine Mortalität von 14,25%. Lässt man nach Hofmeier die Todesfälle, die auf Complicationen zurückzuführen sind, ausser Acht, so bleibt nur ein Todesfall übrig, also eine Mortalität von 3,57%. Bei den 6 Fällen von Myomotomie und Enucl. per laparot. ist sämtlich Genesung einge-

treten. Die 4 Todesfälle entfallen also alle auf die 22 Amput. ut., das macht eine Mortalität von 18,18%. Verfährt man wieder nach Hofmeier, so kommt auf die 22. Amp. des Uterus ein Todesfall, d. h. eine Mortalität von 4,54%.

Ganz besonders interessant ist es, wenn man, wie schon am Beginn dieser Arbeit hervorgehoben ist, dies Resultat mit dem vergleicht, welches Ghrat. Gusserow in seiner ersten Serie erzielt hat; damals waren von 19 Operierten sechs gestorben, d. h. 31,7% Mortalität, und Ghrat. Gusserow nannte dies Resultat kein ungünstiges.

In dieser zweiten Serie ist, kann man sagen, ungefähr dasselbe Resultat erzielt, welches man mit der extraperitonealen Methode zu erreichen pflegt. Es ist überhaupt kein prinzipieller Gegensatz zwischen beiden Verfahren aufzustellen, sondern man wird je nach der Sachlage manchmal zweckmässiger extraperitoneal, manchmal intraperitoneal mit der Versorgung des Stieles verfahren, wie dies auch in diesen Fällen geschehen ist. Will man aber beide Methoden in Gegensatz zu einander stellen, so darf man, wie Zweifel ganz richtig bemerkt, nur die Resultate prinzipieller Anhänger der beiden Methoden berücksichtigen. Es ergiebt sich dann nach Zweifel bei dem intraperitonealen Verfahren eine Mortalität von 25,5%, bei dem extraperitonealen eine solche von 24%, also fast die gleiche.

Was den Verlauf der Heilung anbetrifft, so dauerte dieselbe durchschnittlich $3^1/_2$ Wochen. Am 8.—10. Tage wurde gewöhnlich der erste Verband gewechselt; in der Mehrzahl der Fälle war die Bauchwunde ganz oder doch wenigstens z. g. Teil per primam geheilt. Einmal bildete sich nach Entlassung aus der Anstalt eine Hernia abdominalis, die trotz vorgenommener Simonschen Operation sich doch wiederherstellte; 5 mal bildeten sich Fisteln und Exsudate. Bei einer Patientin kamen aus einer Fistel 43 Seidenschlingen heraus.

Am 15. bis 17. Tage konnte die Mehrzahl der Kranken das Bett verlassen.

Bei den meisten Patientinnen war Temperatur und Puls von Anfang an normal und blieben es während des ganzen Verlaufes; bei einigen wenigen stellte sich in den ersten Tagen nach der Operation leichtes Fieber und mässige Pulsbeschleunigung ein.

Erwägen wir zum Schluss noch einmal, dass so viele dieser unglücklichen mit Myom behafteten Frauen Jahre, ja selbst Jahrzehnte lang an Blutungen leiden, die sie fast zu allem unfähig machen, berücksichtigen wir die oft entsetzlichen und qualvollen Schmerzen, stellen wir uns vor, wie leicht noch Complicationen

hinzutreten können, dann muss man sich fragen, ob man diese Geschwülste wirklich als „gutartige“ ansehen darf. Blicken wir endlich ein Jahrzehnt zurück und vergegenwärtigen wir uns, wie wenig man bis dahin solch armen Frauen helfen konnte, so muss man zugestehen, dass manche Kranke, die jahrelangem Siechtum unterworfen war, wohl ein Recht hatte, ihr Leiden für schlimmer zu erklären, als die des rascher tödlichen Carcinoma uteri (Winckel). Jetzt ist es dank den vervollkommten Methoden der gynaekologischen Operationstechnik anders geworden. Es sind Resultate erreicht worden, die man nicht einmal zu hoffen gewagt hatte. Möge es noch dahin kommen, dass bei der Myomotomie die gleiche Mortalität erreicht wird, wie bei der Ovariotomie!

Zum Schluss erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Gusserow für die gütige Überlassung des Materiales zu dieser Arbeit, sowie Herrn Stabsarzt Dr. Hensoldt für die freundliche Unterstützung bei der Anfertigung derselben, meinen innigsten Dank abzustatten.

Litteratur-Verzeichnis.

A. Gusserow. Bericht über 19 Fälle von Amput. uteri wegen Myombildung. Charité-Annalen. Berlin 1886.

F. Meyer. Einige bemerkenswerte Fälle von supravaginaler Amputation des Uterus wegen Myom. Charité-Annalen XIII. Berlin 1887.

M. Hensoldt. Die Laparotomieen der Jahre 1887 und 1888. Charité-Annalen. XIV.

H. Fritsch. 60 Fälle von Laparomyomotomie mit epikritischen Bemerkungen über die Methoden dieser Operation. Volkmanns Sammlung klin. Vorträge. 1889. No. 339.

Winckel. Volkmanns Sammlung klin. Vorträge. 1875—77. No. 98.

H. Löhlein. Die Indication der Ovariotomie und Myomotomie. Berliner Klinik. Heft 2. 1888.

M. Hofmeier. Die Myomotomie. Stuttgart. 1884.

Münchmeyer. Über die Endergebnisse und weitere Ausdehnung der vaginalen Totalexstirpation der Gebärmutter. Archiv für Gynaekologie. 1889. Bd. 36.

Zweifel. Stielbehandlung bei der Myomotomie. Stuttgart 1888.

I. L. Lueb. Retroflexio uteri gravidi partialis bedingt durch ein Myom. Diss. inaug. Berlin 1889.

Thesen.

I.

Die Ergotinbehandlung bei Myomen des Uterus hat nur symptomatischen Wert.

II.

Die subcutane Behandlung der Lues mit schwer löslichen Quecksilberpräparaten ist zu verwerfen.

III.

Das Bülausche Verfahren (permanente Aspiration) ist bei der Behandlung der metapneumonischen Empyeme der Thorakocentese mit Rippenresektion vorzuziehen.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Martin Schweitzer, geb. am 11. August 1866 zu Berlin, konfessionslos, Sohn des verstorbenen Kaufmanns Gustav Schweitzer, erhielt seine wissenschaftliche Vorbildung auf dem Berlinischen Gymnasium zum Grauen Kloster von Michaelis 1875 bis Michaelis 1885, wo er dasselbe mit dem Zeugnis der Reife verliess. Im October desselben Jahres wurde er bei der Berliner medicinischen Facultät inscribiert, der er während seiner ganzen Studienzeit angehört hat.

Die ärztliche Vorprüfung hat er am 28. Juli 1887, das Tentamen medicum am 21. November 1889 und das Examen rigorosum am 28. November 1889 bestanden.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren:

Bardeleben, v. Bergmann, du Bois-Reymond, Christiani (†), Eichler (†), Ewald, Gusserow, Hartmann, von Hofmann, Koch, Kramer, Küster, Landau, Landolt, Leyden, G. Lewin, Liebreich, A. Martin, Martius, Mendel, Fr. Müller, Nagel, Rabl-Rückhard, Senator, Schweigger, F. E. Schulze, Virchow, Waldeyer, Winter.

Allen diesen seinen verehrten Lehrern spricht der Verfasser seinen wärmsten Dank aus.